



UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS
SOCIALES**

TESIS DOCTORAL:

**LA CALIDAD INTEGRADA: ANÁLISIS DE LA
IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES
EN ESPAÑA.**

Presentada por:

Rocío Martínez Fernández

Dirigida por:

Dr. Evaristo Barrera Algarín

SEVILLA, 2017

**PROGRAMA DE DOCTORADO: DESARROLLO Y CIUDADANÍA: DERECHOS HUMANOS,
IGUALDAD, EDUCACIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL**



**A las mujeres de mi familia,
cuya fuerza es mi inspiración**

Agradecimientos

Quiero agradecer en primer lugar a mi director Evaristo Barrera la confianza depositada en mí todos estos años de colaboración y por aceptar dirigir esta tesis. Gracias por tu inestimable ayuda en momentos en los que la desmotivación ha llamado a mi puerta, por tener siempre una palabra de aliento y por motivarme a no claudicar.

Muchas gracias también a todas las alumnas tanto del Grado de Trabajo Social como del Master de Gerontología por su colaboración en el trabajo de campo de esta tesis, sin vosotras habría sido imposible lograrlo. Isabel, Sara, Carmen, Déborah, Eva, Mario y todos los compañeros y amigos que han prestado su ayuda desinteresada, ayudándome a contactar con los centros de toda España y asesorándome en cuestiones técnicas que han sido fundamentales para lograr los objetivos.

No puedo olvidarme de todos y todas las responsables de Centros Residenciales de Personas Mayores que me han abierto las puertas de sus centros para colaborar en esta investigación, gracias por el interés, la predisposición y vuestros buenos deseos. Gracias también a todos los trabajadores y trabajadoras que han perdido su tiempo en responder a mis preguntas con la mayor de las voluntades. Esta investigación me ha hecho conocer la enorme calidad humana con la que cuentan los profesionales de las Residencias para Personas Mayores de este país.

En el terreno personal tengo que agradecer en primer lugar a la persona que me ha empujado todos estos años, mi compañero de vida, Carlos. Gracias por ayudarme siempre a extender mis alas, por comprender la importancia de este sueño y ayudarme a seguir en los momentos más duros. Sin ti esto no hubiera sido posible.

Gracias a mi madre, por sufrir conmigo cada momento de desmotivación y animarme siempre a continuar. Gracias a mi padre por enseñarme que la voluntad no tiene límites y que cada persona es capaz de hacerse a uno mismo venga de donde venga. A mi hermana María José tengo que agradecerle el soportarme en los momentos de estrés, de agobios y frustraciones y animarme siempre a encontrar las fuerzas para seguir adelante.

Tengo que agradecer también a mis amigos, incluso los que no entienden qué es una tesis doctoral, por apoyarme incondicionalmente y a mi familia política, por darme siempre ánimos para continuar. Gracias a todas las personas maravillosas que me he encontrado en todos los lugares en los que vivido estos últimos años. Tengo la suerte de haber tenido por compañeros y amigos a personas extraordinarias que me han inspirado y me han hecho creer que era posible. Gracias especialmente a mi compañero Rodrigo Plaza, por ser el espejo en el que me miro en el campo profesional. Ha sido “un placer coincidir en esta vida contigo” . Gracias también a Marta Paradés por su confianza en mí, por animarme a seguir luchando y por ser un ejemplo como profesional y como persona. Es un orgullo para mí ser tu amiga y compañera.

Gracias a mis abuelos que han luchado tanto para que mi generación pudiera tener la oportunidad de estudiar y cumplir sus sueños. Se que estarían orgullosos de este logro.

Esta tesis está dedicada a todas las mujeres de mi familia, desde mis abuelas hasta mis tías, primas y por supuesto mis sobrinas, las últimas de estas cuatro generaciones de guerreras. Gracias por los sacrificios que todas habéis hecho para que las siguientes generaciones podamos ser libres. Sois mi ejemplo de fortaleza porque vosotras solitas podríais mover el mundo con una sola mano si os lo propusierais. Mi humilde contribución al mundo de la Ciencia va por todas ellas.



**"Somos lo que hacemos día a día. De modo que la excelencia no es un acto sino un
hábito".**

Aristóteles



Resumen

Se trata de una investigación que trata de realizar un diagnóstico de la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores, tanto públicos como privados, del territorio español. El objetivo de esta investigación ha sido comprobar si la implantación de estos modelos ha supuesto una mejora de la calidad en estos centros así como conocer el papel reservado a los mayores en estos modelos, las variables fundamentales de dichos modelos y el papel de las distintas áreas en el proceso de implantación. Para ello se ha utilizado una metodología de tipo descriptiva, no experimental, en la cual se ha hecho uso de tres técnicas de recogida de información: la investigación bibliográfica y documental (IBD), un cuestionario cerrado a responsables de calidad de centros, denominado CALCERIS001, realizado a través de un muestreo probabilístico estratificado y finalmente entrevistas en profundidad a través del instrumento ENCALCERIS001, realizadas a responsables de calidad de distintas entidades del territorio español. Los resultados han puesto de manifiesto que la implantación de estos Sistemas de Gestión de la Calidad sí se ha traducido en una mejora de la calidad técnica para estos centros, los cuáles han utilizado fundamentalmente estándares internacionales como la normativa ISO y el modelo EFQM. Estos modelos miden fundamentalmente aspectos médico-sanitarios de la intervención con mayores, evalúan la calidad del servicio en términos de satisfacción del cliente y a pesar del hecho de que todas las áreas intervienen en la implantación del modelo, la formación previa recibida recae en su mayoría en el área de dirección y gerencia.

Abstract

This paper is aimed at analysing the implementation of Quality Management Systems at both public and private Nursing Homes for the elderly within Spain. More specifically, the purpose of this research is to evaluate whether the implementation of the aforementioned models has resulted in a quality improvement in those centers. It also intends to determine the participation of the elderly in those models, the core variables of those systems and the role played by the different areas during the implementation process. In this sense, a descriptive, and non-experimental, approach has been used through the three following methods of collecting data: literature and documentary research, a closed-ended questionnaire, called CALCERIS001 and completed by nursing home staff through a non-probabilistic random sampling, and thorough interviews, called ENCALCERIS001, with quality managers from several institutions in Spain. The findings reveal that the implementation of the Quality Management Systems has indeed resulted in an improvement in the technical quality of those centers, which are mainly based on international standards such as ISO and EFQM. Those models are primarily focused on the measurement of organisational and healthcare aspects involved in the residential care of the elderly, and the assessment of the quality of the service in terms of client satisfaction. Moreover, despite the fact that all the areas are involved in the implementation of the system, the previous training received is mostly delivered to the leadership and management team.

Palabras Clave

Calidad integrada, residencias, personas mayores, sistemas de gestión de la calidad, indicadores de calidad.

Keywords

Integrated quality, nursing homes, old people, Quality Management Systems, quality indicators.



ÍNDICE

| | |
|--|----|
| ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS..... | 15 |
| INTRODUCCIÓN..... | 17 |
| BLOQUE 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 19 |
| 1.1. HIPÓTESIS..... | 23 |
| 1.2.OBJETIVOS..... | 25 |
| BLOQUE 2: ANÁLISIS TEÓRICO SOBRE LA CUESTIÓN..... | 27 |
| 2.1. EL PAPEL DE LAS PERSONAS MAYORES A LO LARGO DE LA HISTORIA.. | 29 |
| 2.1.1. EL TRATAMIENTO DEL MAYOR EN LA EUROPA DEL ESTADO DE BIENESTAR..... | 33 |
| 2.1.2. DESARROLLO NORMATIVO Y LEGAL DE LA ATENCIÓN A LOS MAYORES EN ESPAÑA..... | 41 |
| 2.1.3. GÉNESIS Y DESARROLLO DE LAS RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA: ALGUNOS DATOS BÁSICOS..... | 44 |
| 2.1.4. LA EVOLUCIÓN DE PLAZAS Y CENTROS EN ESPAÑA..... | 51 |
| 2.1.5. LA PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: EL CASO DE LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES..... | 56 |
| 2.2. ANÁLISIS HISTÓRICO DEL CONCEPTO CALIDAD Y SU APLICACIÓN AL CONTEXTO DE LA ACCIÓN SOCIAL. POR QUÉ APLICAR EL CONCEPTO CALIDAD A LA ATENCIÓN RESIDENCIAL..... | 59 |
| 2.2.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD..... | 59 |
| 2.2.2. LA CALIDAD APLICADA A LA ACCIÓN SOCIAL..... | 59 |
| 2.2.3. APLICACIÓN DE LAS PROPUESTAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD A LA INTERVENCIÓN SOCIAL..... | 61 |
| 2.3. PRINCIPALES MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL Y SUS INDICADORES: QUÉ ENTIENDEN POR CALIDAD..... | 65 |
| 2.3.1. MODELO NORTEAMERICANO: EL MINIMUM DATA SET..... | 65 |

| | |
|---|------------|
| 2.3.2. EL CONTEXTO ESPAÑOL: IMPLANTACIÓN DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN ESPAÑA..... | 70 |
| 2.4. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA MEJORA DE LA CALIDAD: RELACIONES INTERPERSONALES, FORMACIÓN Y CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL..... | 85 |
| 2.5. HACIA UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN DE CALIDAD: MODELO DE CALIDAD INTEGRADA..... | 91 |
| BLOQUE 3: LA INVESTIGACIÓN: METODOLOGÍA..... | 97 |
| 3.1. DESCRIPCIÓN GENERAL METODOLÓGICA..... | 99 |
| 3.2. PLANIFICACIÓN TEMPORAL..... | 100 |
| 3.2.1. FASE I..... | 100 |
| 3.2.2. FASE II..... | 101 |
| 3.2.3. FASE III..... | 103 |
| 3.3. LAS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN..... | 105 |
| 3.3.1. TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DOCUMENTAL DE MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD..... | 105 |
| 3.3.2. INSTRUMENTO CUESTIONARIO CALCERIS001..... | 115 |
| 3.3.3. ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD..... | 132 |
| BLOQUE 4: RESULTADOS | 149 |
| 4.1. RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO DOCUMENTAL..... | 151 |
| 4.2. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO CALCERIS001..... | 169 |
| 4.2.1. RESULTADOS REFERIDOS A LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS CENTROS..... | 169 |
| 4.2.2. RESULTADOS REFERIDOS A CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD..... | 171 |
| 4.2.3. RESULTADOS REFERIDOS A LA PARTICIPACIÓN DEL MAYOR EN LA PUERTA EN MARCHA Y EVALUACIÓN DEL MODELO..... | 181 |
| 4.2.4. RESULTADOS REFERIDOS A LA PARTICIPACIÓN DE LAS DIFERENTES ÁREAS PROFESIONALES..... | 183 |

| | |
|--|------------|
| 4.2.5. RESULTADOS REFERIDOS A LA FORMACIÓN DEL PERSONAL EN MATERIA DE CALIDAD..... | 189 |
| 4.2.6. RESULTADOS REFERIDOS A LA INVERSIÓN Y LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA APLICACIÓN DEL MODELO..... | 191 |
| 4.3. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA ENCALCERIS001..... | 195 |
| BLOQUE 5: CONCLUSIONES..... | 227 |
| 5.1. CONCLUSIONES GENERALES..... | 229 |
| 5.2. CONCLUSIONES POR TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN..... | 229 |
| 5.2.1. CONCLUSIONES DE LA TÉCNICA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL Y BIBLIOGRÁFICO..... | 229 |
| 5.2.2. CONCLUSIONES DEL CUESTIONARIO CALCERIS001..... | 231 |
| 5.2.3. CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA ENCALCERIS001..... | 235 |
| 5.3. COMPARACIÓN DE CONCLUSIONES GENERALES CON HIPÓTESIS..... | 241 |
| 5.3.1. HIPÓTESIS 1: La implantación de Modelos de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores tiene como objetivo la minimización de costes y maximización de beneficios..... | 241 |
| 5.3.2. HIPÓTESIS 2: La calidad de la atención es entendida en los Modelos de Gestión de la Calidad como necesidades médicas y necesidades básicas de salud de los residentes, quedando en un segundo plano las necesidades de tipo psicosocial y las educativas..... | 242 |
| 5.3.3. HIPÓTESIS 3: La participación de los residentes y/o sus familias en la creación e implantación de Modelos de Gestión de la Calidad tiene un carácter secundario en dichos modelos..... | 242 |
| 5.3.4. HIPÓTESIS 4: La implantación de Modelos de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores se traduce en una mayor calidad efectiva en los centros..... | 243 |
| 5.4. COMPARACIÓN DE CONCLUSIONES CON OBJETIVOS..... | 245 |
| 5.4.1. Objetivos Generales: Analizar los modelos de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores en el contexto español..... | 245 |

| | |
|--|------------|
| 5.4.2. Objetivos específicos..... | 241 |
| 5.5. CONCLUSIONES FINALES: HACIA UN MODELO DE CALIDAD INTEGRADA..... | 247 |
| 5.6. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN..... | 253 |
| 5.7. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN..... | 255 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 257 |
| ANEXOS..... | 265 |
| ANEXO 1: SOLICITUD ENTREVISTA A RESPONSABLES DE CALIDAD DE CENTROS RESIDENCIALES PARA MAYORES..... | 267 |
| ANEXO 2: MODELO CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD A TRABAJADORES DE CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES..... | 269 |
| ANEXO 3: RESPUESTAS A LAS OPCIONES ABIERTAS CUESTIONARIO CALCERIS001..... | 281 |
| ANEXO 4: TRANSCRIPCIONES ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS A RESPONSABLES DE CALIDAD DE CENTROS RESIDENCIALES..... | 283 |
| ENTREVISTA 1: BEATRÍZ CUESTA. RESPONSABLE DE CALIDAD GRUPO AMMA..... | 283 |
| ENTREVISTA 2: ABEL CATELA. RESPONSABLE DE CALIDAD COOPERATIVA EL ROBLE..... | 295 |
| ENTREVISTA 3: JUDIT TORERS. RESPONSABLE DE CALIDAD FUNDACIÓ PERE MATA..... | 309 |
| ENTREVISTA 4: LYDIA ARIZA. RESPONSABLE DE CALIDAD GRUPO SANYRES..... | 317 |
| ENTREVISTA 5: ALFREDO BOHÓRQUEZ. RESPONSABLE DE CALIDAD GRUPO EULEN..... | 327 |
| ANEXO 5: ESTADÍSTICOS CUESTIONARIO CALCERIS001: MEDIDAS DE DISPERSIÓN Y CORRELACIÓN..... | 337 |

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1: Gasto de protección social en porcentajes del PIB en los países de la Unión Europea (1990-2012)..... | 34 |
| Tabla 2: Principales hitos en políticas europeas dirigidas a personas mayores..... | 37 |
| Tabla 3: Principales hitos en la evolución de la Atención a los Mayores en España..... | 43 |
| Tabla 4: Total de Residencias para Personas Mayores en España según titularidad (2015)..... | 53 |
| Tabla 5: Centros residenciales en España. Principales magnitudes. 31 de diciembre de 2013... | 55 |
| Tabla 6: Principales indicadores de calidad: Modelo Minimum Data Set..... | 69 |
| Tabla 7: Principales modelos de gestión de la calidad implantados en España..... | 72 |
| Tabla 8: Centros acreditados por la Joint Commision en España..... | 78 |
| Tabla 9: Distribución provincial de procesos de certificación..... | 82 |
| Tabla 10: Principales indicadores de calidad en España..... | 89 |
| Tabla 11: Cronograma de Gantt..... | 104 |
| Tabla 12: Variables de la Técnica de Investigación Bibliográfica y Documental..... | 108 |
| Tabla 13: Criterios de búsqueda Scopus..... | 113 |
| Tabla 14: Criterios de limitación búsquedas Scopus..... | 114 |
| Tabla 15: Variables del instrumento CALCERIS001..... | 118 |
| Tabla 16: Centros Residenciales en España según titularidad..... | 129 |
| Tabla 17: Variables de la entrevista en profundidad..... | 136 |
| Tabla 18: Índice Alfa de Cronbach..... | 169 |
| Tabla 19: Respuestas a pregunta abierta Cuestionario CALCERIS001..... | 173 |
| Tabla 20: Resumen del procesamiento de los casos..... | 188 |

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1: Evolución del porcentaje de mayores de 65 años en la U.E. de los 28 (1975-2015). 30 | |
| Gráfico 2: Proyección de población mayores de 65 años en España (2014-2064)..... | 32 |
| Gráfico 3: Distribución porcentual de las formas de convivencia de la población de 65 y más años por sexo y grupo de edad, 2015. | 47 |
| Gráfico 4: Índice de cobertura de plazas de residencias para personas mayores en España por Comunidades Autónomas (2015)..... | 51 |
| Gráfico 5: Centros Residenciales para Personas Mayores en España según titularidad..... | 57 |
| Gráfico 6: Total nacional. Centros Residenciales públicos según tamaño..... | 57 |
| Gráfico 7: Total nacional. Centros Residenciales privados según tamaño..... | 58 |
| Gráfico 8: Etapas del concepto de calidad en el contexto industrial (Garvin, 1988)..... | 60 |
| Gráfico 9: Estructura de la normativa EFQM de excelencia..... | 76 |
| Gráfico 10: Estructuración de los estándares del manual de servicios residenciales ACSA..... | 83 |
| Gráfico 11: Búsqueda Scopus nº 1 por año de publicación..... | 152 |
| Gráfico 12: Búsqueda Scopus nº 1 por tipo de publicación..... | 152 |
| Gráfico 13: Búsqueda Scopus nº 1 por área científica..... | 153 |
| Gráfico 14: Búsqueda Scopus nº 2 por año de publicación..... | 154 |
| Gráfico 15: Búsqueda Scopus nº 2 por tipo de publicación..... | 155 |

| | |
|---|---------|
| Gráfico 16: Búsqueda Scopus nº 2 por área científica | 156 |
| Gráfico 17: Búsqueda Scopus nº 3 por año de publicación..... | 157 |
| Gráfico 18: Búsqueda Scopus nº 3 por área científica | 158 |
| Gráfico 19: Búsqueda Scopus nº 3 por tipo de publicación | 159 |
| Gráfico 20: Índice H-INDEX Búsqueda 1 | 160 |
| Gráfico 21: Índice CITESCORE Búsqueda 1 | 162 |
| Gráfico 22: Índice SCIMAGO | 163 |
| Gráfico 23: Índice impacto de las publicaciones por año | 164 |
| Gráfico 24: Índice de citas | 165 |
| Gráfico 25: Documentos de publicaciones por año..... | 166 |
| Gráfico 26: Porcentaje de revisiones de artículos por año | 167 |
| Gráfico 27: Denominación del tipo de centro | 170 |
| Gráfico 28: Titularidad del centro..... | 170 |
| Gráfico 29: Forma de medir la calidad..... | 172 |
| Gráfico 30: Elementos de mejora del Sistema de Calidad | 179 |
| Gráfico 31: Tipo de evaluación del sistema | 179 |
| Gráfico 32: Periodicidad de las evaluaciones..... | 180 |
| Gráfico 33: Participación del mayor en puesta en marcha | 182 |
| Gráfico 34: Participación del mayor en evaluación de la calidad | 183 |
| Gráfico 35: Peso del área médica en la evaluación de la calidad | 184 |
| Gráfico 36: Peso del área sanitaria en la evaluación de la calidad | 185 |
| Gráfico 37: Peso del área psicosocial en la evaluación de la calidad | 186 |
| Gráfico 38: Peso del área de dirección en la evaluación de la calidad | 187 |
| Gráfico 39: Peso del área de gerencia en la evaluación de la calidad | 188 |
| Gráfico 40: Áreas profesionales que han recibido formación | 190 |
| Gráfico 41: Calificación de la formación | 190 |
| Gráfico 42: Coste de la puesta en marcha | 191 |
| Gráfico 43: Previsión de costes de implantación | 192 |
| Gráfico 44: Traducción de costes en mejora efectiva | 193 |
| Gráfico 45: Informes de evaluación emitidos | 194 |
| Gráfico 46: Códigos de entrevistas: | 195 |
| Gráfico 47: Árbol de variables | 196 |
| Mapa 1: Distribución de Centros Residenciales para Personas Mayores en España | 131 |

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación parte del aumento de la población de personas mayores de 65 años que en los últimos 50 años. Este aumento de la longevidad ha traído consigo un aumento de las personas en situación de dependencia que requieren de servicios de largo cuidado, especialmente Centros Residenciales para Personas Mayores. Este subsiguiente aumento de la demanda de recursos para Personas Mayores ha derivado en una mayor competitividad de dichos centros, los cuales tienen la necesidad de mejorar la calidad de los servicios que ofrecen.

Como fruto de esta necesidad de mejora de la calidad prestada por los Centros Residenciales para Personas Mayores, se ha ido produciendo una implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad procedentes del ámbito empresarial a estos recursos. El objetivo de esta investigación es realizar un diagnóstico del proceso de implantación de estos Sistemas de Gestión de la Calidad en los Centros Residenciales para Personas Mayores de España, por ello, nuestra unidad de análisis ha sido los Modelos de Gestión de la Calidad en los Centros Residenciales para Personas Mayores en España.

Ha habido una implantación mayoritaria de estos modelos en España, al igual que ha sucedido en otros países. El objetivo de esta investigación pasa por conocer las características de los modelos implantados en España para conocer las ventajas que ofrecen a los centros que se deciden por su aplicación así como las desventajas, costes y puntos en contra, para esbozar las posibles razones de los niveles de instauración de Sistemas de Gestión de la Calidad con los que cuenta España.



BLOQUE 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



BLOQUE 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es un hecho que la población de Personas Mayores está aumentando desde la segunda mitad del siglo XX de una manera constante, llegando a invertirse de manera clara las pirámides de población. Las personas estamos llegando a vivir cada vez más años pero no siempre en las condiciones de salud e independencia deseadas. Por ello, este aumento de la calidad de vida ha supuesto también un aumento de la demanda de recursos formales para el apoyo a las personas mayores, concretamente los Centros Residenciales para Personas Mayores se han convertido en el principal recurso para este fin. Estos centros, además de cubrir todas las necesidades médico-sanitarias, tienen que hacer frente a las necesidades de tipo educativo y social que los mayores del siglo XXI están demandando.

Para medir si se está ofreciendo un servicio integral que cubra todas las necesidades de este grupo de población, es decir, para determinar si se está brindando un servicio de calidad, se han ido adaptando los estándares y modelos de gestión de calidad procedentes del mundo empresarial.

El desarrollo de estos modelos ha sido desigual en los diferentes países, por lo que en esta investigación hemos querido conocer cómo ha sido su aplicación en España. Por ello nuestra Unidad de Análisis es la siguiente:

El Análisis de los Sistemas de Gestión de la Calidad en los Centros Residenciales para Personas Mayores en España.

Y por lo tanto nuestra Unidad de Observación es:

Los Centros Residenciales para Personas Mayores de titularidad pública y privada en el contexto español.

1.1. HIPÓTESIS

1. La implantación de modelos de gestión de la calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores tiene como objetivo la minimización de costes y maximización de beneficios.

1.1. La implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad supone un sobre coste para la entidades.

1.2. Las entidades interpretan el coste de la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad como una inversión.

1.3. La implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales supone una inversión en publicidad para dicha entidad.

1.4. La implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales es interpretada por parte de las entidades como una mejora de la imagen del centro de cara a potenciales residentes.

2. La calidad de la atención es entendida en los Modelos de Gestión de la Calidad como necesidades médicas y necesidades básicas de salud de los residentes, quedando en un segundo plano las necesidades de tipo psicosocial y las educativas.

2.1. En los Modelos de Gestión de la Calidad implantados en los Centros Residenciales para Personas Mayores en España se le concede un papel más importante a la valoración de aspectos médico-sanitarios que a los aspectos psicosociales.

3. La participación de los residentes y/o sus familias en la creación e implantación de Modelos de Gestión de la Calidad tiene un carácter secundario en dichos modelos.

3.1. La participación de los residentes y/o sus familias en la creación e implantación de Modelos de Gestión de la Calidad sólo se da de manera indirecta en el proceso de evaluación de dichos modelos.

3.2. El área de dirección interviene más que el resto de áreas profesionales en el proceso de implantación de los Modelos de Gestión de la Calidad.

4. La implantación de Modelos de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores se traduce en una mayor calidad efectiva en los centros.

4.1. La evaluación de la calidad en los Modelos de Gestión de la Calidad de Centros Residenciales para Personas Mayores incluye de manera residual la satisfacción del cliente/familia.

4.2. Existe escasa o nula formación del personal de Centros Residenciales en materia de calidad.

4.3. La formación que recibe el personal de los Centros Residenciales para Personas Mayores se centra en la persona/área técnica responsable directa de la calidad.

1.2. OBJETIVOS

1. Generales

Analizar los Modelos de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores en el contexto español.

2. Específicos

- 2.1. Analizar las variables que miden los Modelos de Gestión de la Calidad.
- 2.2. Identificar la participación de las Personas Mayores y/o familiares en el proceso de implantación y evaluación de los Sistemas de Gestión de la Calidad.
- 2.3. Examinar el proceso de puesta en marcha y la evaluación de los Sistemas de Gestión de la Calidad en los Centros Residenciales para Personas Mayores en España.
- 2.4. Comprobar si la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad se traduce en una mejora efectiva de la calidad en los Centros Residenciales para Personas Mayores que las implantan.



BLOQUE 2: ANÁLISIS TEÓRICO SOBRE LA CUESTIÓN

2.1. EL PAPEL DE LAS PERSONAS MAYORES A LO LARGO DE LA HISTORIA

A lo largo de la historia ha habido una concepción cambiante con respecto al mayor y su papel en la sociedad. Exceptuando algunos momentos y civilizaciones concretos a lo largo de la historia, el papel que se le ha reservado a los mayores ha sido residual con respecto al resto de grupos de edad. Sin embargo, el siglo XX supone un punto de inflexión en la concepción del mayor (Malagón, 2010).

A partir de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) empieza a fraguarse el llamado Estado de Bienestar en Europa. Este modelo, como apunta Malagón, además de traer consigo un cambio en el modelo económico e ideológico que supone la implantación de este sistema en las democracias europeas, trae consigo un cambio muy significativo desde el punto de vista social, que va a marcar el desarrollo normativo posterior de todas las políticas sociales, incluyendo las destinadas a la vejez. Este cambio se traduce, de manera muy genérica, en considerar a los ciudadanos como sujetos plenos de derecho, es decir, que el Estado está obligado a prestar los servicios sociales necesarios para satisfacer las necesidades de la ciudadanía, por derecho y no por caridad o beneficencia. Se transcribe por tanto, en la puesta en funcionamiento de un modelo social de Estado que se refleja, irremediabilmente, en las políticas sociales desarrolladas con posterioridad (Malagón, 2010).

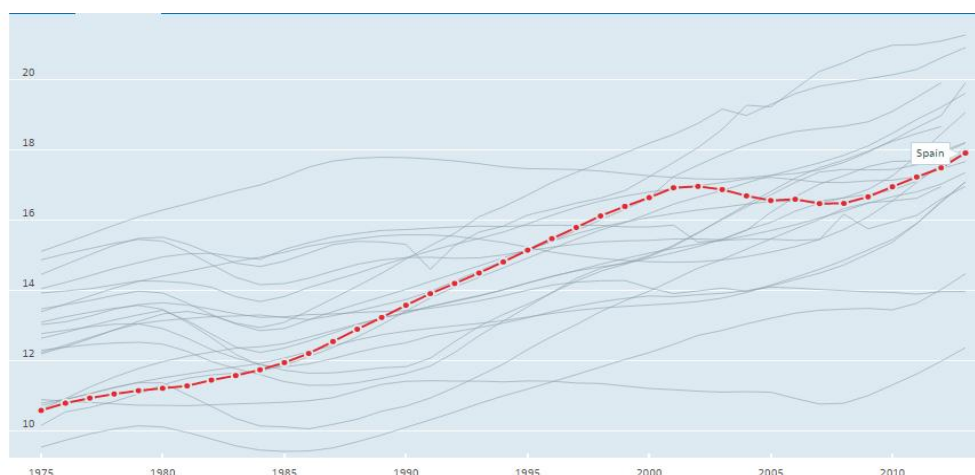
Uno de los primeros cambios llegó en el año 1961, año en el cuál se formó una comisión europea para el estudio de los problemas de la vejez. El objetivo de ésta era realizar un informe para crear las directrices de una política de vejez para veinte años (Malagón, 2010). Señala a su vez Malagón que es a raíz de esta preocupación por el bienestar de la ciudadanía, de donde surge también una inquietud por las condiciones de los mayores. Esta preocupación requirió en primer lugar la realización de una radiografía exhaustiva de los mayores europeos, su situación global e incluso la visión de la sociedad hacia éstos. De estos análisis se desprendió un modelo de intervención integral en el que se sentaron las bases de los servicios sociales que hoy comparten los sistemas democráticos mundiales: servicios a domicilio, universidades para la tercera

edad, etc. (Malagón, 2010). A partir de los años 60, las distintas naciones europeas fueron desarrollando, a distintos ritmos, todo un sistema de servicios sociales públicos destinados al mayor. La concepción de los mayores a nivel europeo ha sido más o menos similar, los únicos cambios se han dado en los recursos que cada país ha destinado a este colectivo y por tanto, en la prioridad que se le ha concedido a las necesidades de este grupo de edad.

Ya a principios de los ochenta, sobre todo después de la celebración de la I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de 1982, el objetivo fundamental de las políticas sociales europeas para los mayores ha sido lograr la independencia e integración del mayor en su comunidad (Malagón, 2010). Así pues, podemos concluir que uno de los mayores éxitos de la segunda mitad del siglo XX ha sido el aumento de la longevidad, reflejado en una mejora de las condiciones sanitarias y de bienestar de la población en Europa.

Como se puede observar en el gráfico número 1, el aumento progresivo del número de personas mayores desde mitad del siglo XX hasta la actualidad ha sido muy significativo a nivel mundial llegando a pasar de un 12,8% de la población total de la U.E. de los 28 en el año 1978 a un 18,31% en 2014 y que explica también ese empeño durante todo el siglo XX por mejorar las condiciones de vida de los mayores, un colectivo que prácticamente ha duplicado su presencia en menos de 100 años.

Gráfico 1: Evolución del porcentaje de mayores de 65 años en la U.E. de los 28 (1975-2015)



Fuente: OECD (2016), Elderly population (indicator). doi: 10.1787/8d805ea1-en (Accessed on 23 April 2016).

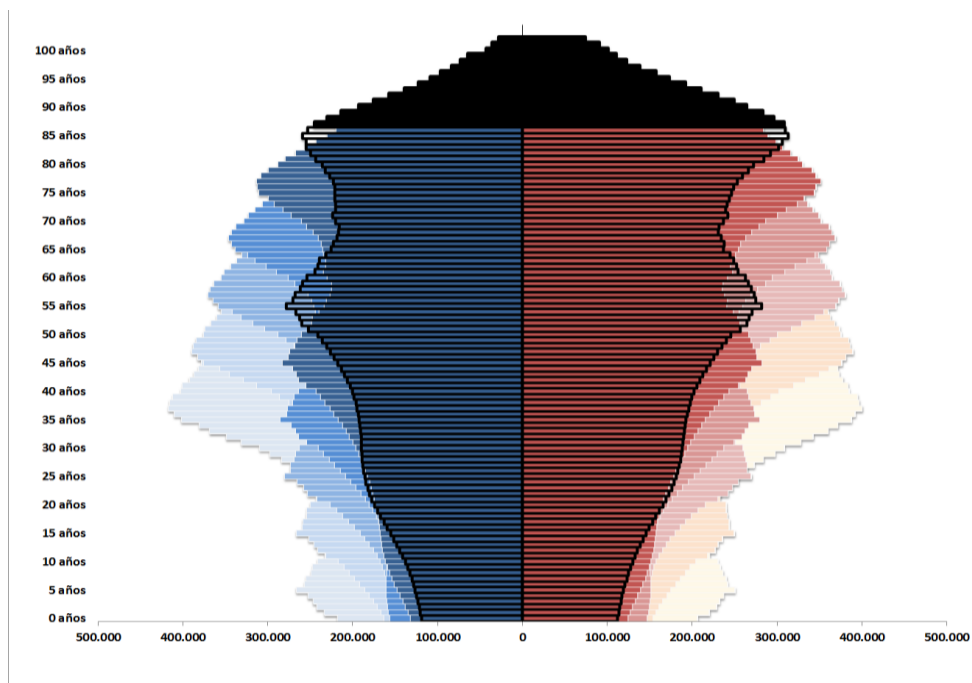
Cabe destacar que Alemania (17,3 millones), Italia (13,4), Francia (12,6), Reino Unido (11,7) y España (8,7) son los países de la Unión Europea con una cifra más alta de personas mayores (2016). A su vez, Italia (21,7%), Alemania (21,0%), Grecia (20,9%) y Portugal (20,3%) son los países más envejecidos en cifras relativas (Abellán, Ayala, & Pujol, 2017).

Según los datos de proyección del INE, la estructura de la población va a seguir cambiando. Se prevé que hacia 2050 las personas mayores hayan duplicado sus efectivos actuales. La población en edad laboral (16-64) y los niños (0-15) habrán reducido su peso. En 2050 los mayores triplicarán la cifra de niños (Abellán, Ayala, & Pujol, 2017).

Por lo que respecta a España, también continúa su proceso de envejecimiento en la línea del resto de países. Según los datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2016 había 8.657.705 personas mayores (65 y más años) en España, un 18,4% sobre el total de la población (46.557.008). Sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios, que ahora representan el 6,0% de toda la población. Según el INE, este grupo seguirá ganando peso entre la población mayor en un proceso de envejecimiento de los ya viejos. Según la proyección del INE, en 2066 habrá más de 14 millones de personas mayores en España, un 34,6% del total de la población, que alcanzará los 41.068.643 habitantes. La década de los 30 y 40 registrará los mayores incrementos, con la llegada de las cohortes de la generación del baby-boom (Abellán, Ayala, & Pujol, 2017).

Además del aumento de la longevidad, ha habido otro fenómeno demográfico destacable como consecuencia de este hecho, la inversión de la pirámide de población. Como podemos observar en el gráfico número 2, la pirámide se ha invertido, conformando las personas mayores de 65 años la base de ésta (Abellán, Ayala, & Pujol, 2017). En términos comparativos con el resto de grupos de edad, la población de personas mayores tenderá a seguir aumentando destacando especialmente el aumento de personas mayores de 80 años.

Gráfico 2: Proyección de población mayores de 65 años en España (2014-2064)



Fuente: INE: Proyección de la población de España 2014-2064.

2.1.1. EL TRATAMIENTO DEL MAYOR EN LA EUROPA DEL ESTADO DE BIENESTAR

Cabe destacar, en primer lugar, que el desarrollo de las políticas sociales dirigidas a los mayores implantadas a lo largo del siglo XX, ha sido diferente en el contexto europeo y ha estado marcado por la pluralidad de formas de entender la "dependencia", algo que en opinión de Arriba y Moreno queda enraizado en las diferentes tradiciones nacionales de gestión de riesgos sociales, así como en el distinto papel jugado por los diferentes actores sociales en la definición de dichos riesgos y en su inclusión, de una u otra forma, en la agenda social y política (Arriba & Moreno, 2009).

Señalan a su vez estos autores que los distintos países europeos "parten de niveles de desarrollo de sus servicios de atención a la dependencia muy diferentes tanto en la intensidad de la protección como en los mecanismos y el reparto de responsabilidades en estas políticas" (Arriba & Moreno, 2009). Así, los países escandinavos han sido los que más han desarrollado estas políticas y los que más recursos han destinado para su implantación. Por su parte, los países mediterráneos han tenido un desarrollo muy limitado de programas de atención a la dependencia y una evolución más lenta que en el ejemplo anterior. En medio de estos dos extremos se encuentran países como Alemania, cuyo desarrollo de programas de atención ha estado ligado a los sistemas contributivos de seguridad social, con un grado de cobertura relativamente amplio (Arriba & Moreno, 2009).

A pesar de este desarrollo desigual y de la diversidad de puntos de partida, en los últimos años se ha producido una convergencia en materia de protección social a la dependencia en la Unión Europea (Pacolet, 2006), como se demuestra en la Tabla número 1.

Tabla 1: Gasto de protección social en porcentajes del PIB en los países de la Unión Europea (1990-2012)

| | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| UE-28 | : | : | : | : | 26,7 | 29,5 | 29,4 | 29,0 | 29,5 |
| UE-27 | : | : | : | 27,0 | 26,7 | 29,6 | 29,4 | 29,0 | 29,5 |
| UE-25 | : | : | 26,5 | 27,1 | 26,9 | 29,7 | 29,5 | 29,2 | 29,7 |
| UE-15 | : | 27,6 | 26,8 | 27,5 | 27,5 | 30,3 | 30,2 | 29,9 | 30,4 |
| Alemania | : | 28,3 | 25,6 | 29,9 | 28,0 | 31,5 | 30,6 | 29,4 | 29,5 |
| Austria | 26,1 | 28,8 | 29,7 | 28,8 | 28,5 | 30,7 | 30,6 | 29,8 | 30,2 |
| Bélgica | 26,4 | 27,3 | 28,4 | 27,5 | 28,3 | 30,6 | 30,1 | 30,4 | 30,8 |
| Bulgaria | : | : | : | 15,1 | 15,5 | 17,2 | 18,1 | 17,7 | 17,4 |
| Chipre | : | : | 14,8 | 18,4 | 19,5 | 21,1 | 22,1 | 22,8 | 23,1 |
| Croacia | : | : | : | : | 18,7 | 20,8 | 21,0 | 20,7 | 21,2 |
| Dinamarca | 28,2 | 31,9 | 28,9 | 30,2 | 30,7 | 34,7 | 34,3 | 34,3 | 34,6 |
| Eslovaquia | : | 18,5 | 19,4 | 16,5 | 16,1 | 18,8 | 18,7 | 18,3 | 18,4 |
| Eslovenia | : | : | 24,1 | 23,0 | 21,4 | 24,2 | 25,0 | 25,0 | 25,4 |
| España | 19,8 | 21,6 | 20,0 | 20,6 | 22,0 | 25,2 | 25,5 | 26,0 | 25,9 |
| Estonia | : | : | 13,9 | 12,6 | 14,9 | 19,0 | 18,0 | 16,1 | 15,4 |
| Finlandia | 24,7 | 31,4 | 25,1 | 26,7 | 26,2 | 30,4 | 30,6 | 30,0 | 31,2 |
| Francia | 27,3 | 30,3 | 29,5 | 31,5 | 31,3 | 33,6 | 33,7 | 33,4 | 34,2 |
| Grecia | : | 22,3 | 23,5 | 24,9 | 25,2 | 28,0 | 29,1 | 30,2 | 31,2 |
| Hungría | : | : | 19,9 | 21,9 | 22,9 | 23,4 | 23,1 | 22,1 | 21,8 |
| Irlanda | : | 18,5 | 13,0 | 17,2 | 21,2 | 26,2 | 29,0 | 30,2 | 32,5 |
| Italia | 23,8 | 24,3 | 24,5 | 26,3 | 27,7 | 29,9 | 29,9 | 29,7 | 30,3 |
| Letonia | : | : | 15,7 | 12,8 | 12,7 | 16,9 | 17,8 | 15,1 | 14,0 |
| Lituania | : | : | 15,7 | 13,2 | 16,1 | 21,2 | 19,1 | 17,0 | 16,5 |
| Luxemburgo | 21,4 | 20,7 | 19,6 | 21,7 | 21,4 | 24,3 | 23,1 | 22,5 | 23,3 |
| Malta | : | 15,6 | 16,3 | 17,8 | 18,1 | 19,6 | 19,1 | 18,7 | 19,4 |
| Países Bajos | 31,1 | 30,6 | 26,4 | 27,9 | 28,5 | 31,6 | 32,1 | 32,3 | 33,3 |
| Polonia | : | : | 19,7 | 20,0 | 19,4 | 20,6 | 20,0 | 19,1 | 18,1 |
| Portugal | : | 20,4 | 20,9 | 24,5 | 24,3 | 26,8 | 26,8 | 26,5 | 26,9 |
| R. Checa | : | 16,7 | 26,1 | 18,4 | 18,0 | 20,3 | 20,2 | 20,4 | 20,8 |
| Reino Unido | 22,2 | 27,1 | 18,8 | 25,6 | 25,6 | 28,3 | 27,9 | 28,0 | 28,8 |
| Rumania | : | : | 13,0 | 13,4 | 14,4 | 17,2 | 17,6 | 16,4 | 15,6 |
| Suecia | : | 33,5 | 29,9 | 31,1 | 29,5 | 32,0 | 30,4 | 29,7 | 30,5 |

* Datos provisionales
 * Ruptura de la serie

Fuente: EUROSTAT (<http://ec.europa.eu/eurostat>), consulta mayo 2015.

Se puede observar que ha habido un progresivo aumento del gasto público a partir de las últimas décadas del pasado siglo, este hecho es debido al desarrollo de una serie de políticas comunitarias tanto en el marco de la Unión Europea como de organismos internacionales como la OMS o la ONU. Así mismo, estas políticas han tenido su traducción en España con la creación de todo un marco jurídico con su posterior desarrollo normativo.

En primer lugar, por lo que respecta a las políticas sociales dirigidas a personas mayores enmarcadas en el ámbito internacional, como puede verse en la tabla número 2, destaca como primer hito destacable del Siglo XX, la I Asamblea sobre Envejecimiento, celebrada en Viena en 1982.

Esta Asamblea supuso la adopción del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, en Viena, Austria, desde 26 de julio al 6 de agosto de 1982. Este documento, recoge en su Preámbulo el compromiso de los países en la formulación y

puesta en marcha de políticas para promover la salud y seguridad de las personas mayores. Recoge además que la calidad de vida es tan importante como la longevidad y que las personas deben disfrutar de una vida plena, saludable y ser estimadas como parte integrante de la sociedad.

En 1991, se aprueban los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991 - Resolución 46/91, suponen el reconocimiento de independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad de las personas mayores y el deber de las naciones de garantizarlos.

Cabe destacar también la celebración del Año Europeo de las Personas de Edad y la Solidaridad entre Generaciones (1993). Entre los objetivos establecidos destacan el de conseguir la participación de las personas de edad en el proceso de integración comunitaria. Para ello se plantean una serie de estrategias a realizar por los distintos Estados miembros. En cada uno de los Estados miembros se realizaron a lo largo de todo el año 1993 una serie de actuaciones, previamente planificadas en común, y coordinadas a nivel europeo a través del Comité Consultivo (Aleman, 2013). Asimismo, cada país constituyó un Comité Nacional de Coordinación del Año Europeo.

A nivel europeo se desarrollará una amplia campaña de información y sensibilización, a través de los medios de comunicación. Además, se llevaron a cabo la selección de Proyectos Innovadores en el ámbito de las necesidades específicas de los mayores, y de su participación social; estos proyectos formaron parte de una red europea que a lo largo del año mantuvieron encuentros e intercambios de carácter técnico y metodológico (Aleman, 2013).

Ya en el año 1982 se celebra en Madrid la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en ella se reconoce en lo que se refiere a las personas de edad:

Responsabilidad primordial de los gobiernos de promover y prestar servicios sociales básicos y de facilitar el acceso a ellos, teniendo presentes las necesidades específicas de las personas de edad (...) (artículo 13). (Aleman, 2013). Además, fue aprobado el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) que contiene

diversos objetivos y medidas, articulados en torno a tres orientaciones prioritarias: 1) las personas de edad y el desarrollo; 2) el fomento de la salud y el bienestar en la vejez.; y 3) creación de un entorno propicio y favorable.

Otro de los hitos más importantes acaecidos lo constituye la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2007). Este documento, con rango jurídico de Tratado de la Unión Europea, establece en su artículo 25 “la Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural”, declaración breve, pero expresiva del derecho que se reconoce a las personas mayores (Alemán, 2013).

Finalmente, cabe destacar por ser el último documento publicado hasta la fecha referido a Personas Mayores, el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en noviembre de 2015.

Este documento supone un salto cualitativo importante en las políticas internacionales dirigidas a Personas Mayores. Realizado por expertos a nivel mundial, realiza un diagnóstico de la situación de las personas mayores.

Tabla 2: Principales hitos en políticas europeas dirigidas a personas mayores

| PRINCIPALES HITOS EN POLÍTICAS EUROPEAS DIRIGIDAS A MAYORES | |
|--|---|
| I ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE ENVEJECIMIENTO (VIENA, 1982) | <p>Objeto:</p> <p>Creación del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento.</p> <p>Supone reconocimiento de la salud y envejecimiento con calidad de vida y el compromiso de los países por promoverlo.</p> |
| PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD (1991) | <p>Objeto:</p> <p>Promover el aseguramiento de los principios de: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad de las personas mayores.</p> <p>Fueron aprobados por resolución de la Asamblea General de 16 de diciembre de 1991.</p> |
| AÑO EUROPEO DE LAS PERSONAS DE EDAD Y LA SOLIDARIDAD ENTRE GENERACIONES (1993) | <p>Objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destacar la dimensión social de la Comunidad. • Sensibilizar a la sociedad respecto de la situación de las personas de edad avanzada, con las exigencias que plantea la evolución demográfica actual y futura, y con las consecuencias del envejecimiento de la población para el conjunto de las políticas comunitarias. • Provocar la reflexión y el debate sobre el tipo de cambios que se necesitan para hacer frente a esta situación. • Promover el principio de solidaridad entre las generaciones. • Conseguir la participación de las personas de edad en el proceso de integración comunitaria. |
| CARTA SOCIAL EUROPEA (1996) | <p>Objeto:</p> <p>Establece que “toda persona de edad avanzada tiene derecho a protección social” (Parte I, artículo 23), texto que se desarrollará más ampliamente en el artículo 23 de la Parte II, Derecho de las personas de edad avanzada a protección social.</p> |

| | |
|--|--|
| II ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE ENVEJECIMIENTO, MADRID, 2002 | <p>Objeto: el análisis de la participación social de los mayores y el mantenimiento de su calidad de vida. Destacando los artículos 13, 15 y 16.</p> <p>Aprobación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).</p> <p>Constituye el texto de referencia que marca las políticas actuales de la ONU sobre personas de edad.</p> |
| I FORO MUNDIAL ONG SOBRE ENVEJECIMIENTO (2002) | <p>Objeto:</p> <p>La colaboración de la sociedad en el "Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento" elaborado por la ONU.</p> |
| SEMINARIO INTERNACIONAL SOBRE "LA SITUACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO" (2006) | <p>Objeto:</p> <p>Mejorar la calidad de vida de los mayores a través de la participación social y el envejecimiento activo.</p> |
| CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA (2007) | <p>Objeto:</p> <p>Establece en su artículo 25 que "la Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural". Tiene rango jurídico de Tratado de la Unión Europea.</p> |
| CONFERENCIA SOBRE ENVEJECIMIENTO DE LA ONU (LEÓN, 2007) | <p>Objeto:</p> <p>Revisar el Plan de Acción de Personas Mayores aprobado en la Asamblea Mundial del Envejecimiento (2002) y estudiar los retos que supone el envejecimiento de la población en la región europea de la ONU.</p> |
| SEMINARIO "DEMOGRAFÍAS Y FAMILIAS". (BRUSELAS, 2009) | <p>Objeto:</p> <p>Temática principal la participación social y en actividades de las personas mayores como fuente de salud física y psíquica y en definitiva de la mejora de la calidad de vida.</p> |
| REUNIÓN RESPONSABLES DE POLÍTICAS DE | <p>Debatir sobre prioridades en la investigación europea en el área de envejecimiento. Dentro del proyecto FUTURAGE, dentro del 7º Programa</p> |

| | |
|--|--|
| <p>INVESTIGACIÓN Y PATROCINADORES (PARLAMENTO EUROPEO, BRUSELAS)</p> | <p>Marco de Investigación y Desarrollo de la Unión Europea.</p> <p>Objeto:</p> <p>Definir prioridades en la línea de investigación sobre Envejecimiento y permitir la elaboración de un plan de acción para los próximos 10-15 años desde una perspectiva multidisciplinar y que esta producción investigadora se viera reflejada en una mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.</p> |
| <p>2012 AÑO EUROPEO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SOLIDARIDAD ENTRE GENERACIONES</p> | <p>Eurohealth (2012), se han revisado los programas sobre envejecimiento activo y salud que se están desarrollando a nivel europeo:</p> <p>Objeto:</p> <p>Se crea la Pilot European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP AHA) institución dedicada a la innovación para un envejecimiento activo y saludable. Tiene como objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Permitir a los ciudadanos de la UE llevar una vida sana, activa e independiente, durante el envejecimiento. 2. La mejora de la sostenibilidad y la eficiencia de los sistemas sociales de salud. 3. Impulsar y mejorar la competitividad de los mercados de productos y servicios innovadores, y responder al desafío del envejecimiento en la UE a nivel mundial, creando así nuevas oportunidades para las empresas. |
| <p>INFORME MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA SALUD OMS, 2015</p> | <p>Objeto:</p> <p>Redefinir las políticas hacia los mayores desde una perspectiva integrada tanto de los servicios de atención primaria como los cuidados a largo plazo con el objeto de que se adaptan a las necesidades de los nuevos mayores. Hace hincapié en la necesidad de que todas las actuaciones dirigidas a mayores se rijan por una ética que respete la autonomía, la dignidad y la individualidad del mayor.</p> <p>Define el concepto de Envejecimiento Saludable como objetivo hacia el cual deben dirigirse las políticas a mayores, fijando actuaciones que deben llevar a cabo los gobiernos para conseguir este objetivo último.</p> |

Fuente: Elaboración propia

Estas políticas han constituido la traducción de un esfuerzo común por la mejora de la calidad de vida de las Personas Mayores que ha supuesto un antes y un después en la concepción del mayor en la sociedad.

2.1.2. DESARROLLO NORMATIVO Y LEGAL DE LA ATENCIÓN A LOS MAYORES EN ESPAÑA

Como se ha referido con anterioridad, todas estas políticas internacionales también se han traducido en un desarrollo legal y normativo en todos los países, incluido España. La concepción del mayor como sujeto de plenos derechos tiene su génesis, como comentábamos con anterioridad, en las primeras décadas del Siglo XX tal y como puede observarse en la tabla 3.

Es en las primeras décadas del Siglo XX cuando empiezan a desarrollarse las primeras leyes de seguridad en el contexto laboral, se crean los primeros seguros dirigidos a trabajadores en España y se crea todo un sistema de protección para los casos de los trabajadores que, bien por enfermedad, bien por invalidez asociada a la edad ya no puedan desarrollar su ejercicio profesional (Martínez, 2001).

A mitad de los años 50 se crea el Seguro de Vejez, Invalidez y Supervivencia (SOVI), un régimen de protección que cubría las contingencias de vejez (jubilación) e invalidez hasta la llegada de la Ley de Bases de la Seguridad Social (1963) que construyó las bases del actual sistema de Seguridad Social. En 1970 se realizó un estudio en el cuál se analizaron los distintos sistemas de atención a ancianos y, como consecuencia del mismo, concluyó con la elaboración, en 1971, del primer Plan Gerontológico de la Seguridad Social (Martínez, 2001).

La Constitución Española de 1978, incluye por su parte una serie de principios rectores de la política social, que suponen el reconocimiento de nuevos derechos, asumidos en virtud de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Pérez, Malagón, & Amador, 2006).

Posteriormente, se creó por Real Decreto-Ley 36/1978 del 16 de noviembre, como entidad gestora de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), nacido de la unión del SEREM (Servicio de Recuperación de Minusválidos físicos y psíquicos) y el SAP (Servicio de Asistencia a Pensionistas).

El INSERSO fue la entidad que se encargó de la gestión de los Servicios Sociales complementarios de las Prestaciones Básicas de la Seguridad Social y que también desarrolló el Servicio Social de la Tercera Edad, regulado por el Real Decreto 1856/1979 de 30 de julio. Este organismo fue responsable de la gestión especializada del Instituto en materia de tercera edad, asumiendo las competencias y la experiencia adquirida por el extinguido Servicio de Asistencia a Pensionistas (Martínez, 2001).

Tras la promulgación de la Constitución Española de 1978, los distintos Estatutos de Autonomía fueron asumiendo responsabilidades en materia de servicios sociales. Desde entonces se ha ido desarrollando todo un marco normativo y legal de medidas de protección hacia las Personas Mayores. Se hace necesario destacar, por suponer un antes y un después en la concepción del mayor, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (2006). Hay que tener en cuenta en primer lugar, que la mayoría de la población que se encuentra en situación de dependencia es mayor de 65 años con lo que esta ley se hace fundamental para las Personas Mayores. Dicha norma, regula en su Exposición de Motivos las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia a través de la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las administraciones públicas. Añade además la ley, que este sistema responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, además de contemplar medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación de las Entidades Locales. Para lograr esta promoción de la autonomía y la atención de las personas que se encuentran en situación de dependencia articula una serie de servicios de atención y cuidado: servicio de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, servicio de centro de día y de noche y finalmente servicio de atención residencial.

Tabla 3: Principales hitos en la evolución de la Atención a los Mayores en España.

| PRINCIPALES HITOS EN LA EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN A LOS MAYORES EN ESPAÑA | |
|--|---|
| 1900 | Primeras leyes de seguridad (aseguramiento y protección de trabajadores) |
| 1931 | Constitución Española de la II República (atención a las personas de edad, seguros de vejez) Socorro Rojo : atención a las personas mayores |
| 1940 | Auxilio Social (asume las competencias del Auxilio Rojo) |
| 1955 | Seguro de Vejez Invalidez y Supervivencia (SOVI) |
| 1960 | Fondos Nacionales (FNAS) |
| 1963 | Ley de Bases de la Seguridad Social (del sistema de pensiones al sistema de Seguridad Social) esta ley es la que construye el actual sistema de Seguridad Social, hoy día ha sufrido modificaciones como la incorporación de las PNC |
| 1967 | SS.SS como prestaciones de la Seguridad Social |
| 1970 | Servicio Social de asistencia al anciano |
| 1974 | Ley General de la Seguridad Social (con SS.SS para mayores) |
| 1974 | Instituto Nacional de Asistencia Social (INAS) |
| 1978 | Constitución Española |
| | Proceso de transferencias del INSERSO y del Estado a las CC.AA., art. 151 (Cataluña, Galicia, Andalucía, Canarias y País Vasco) |
| 1982 | Se inicia la aprobación de leyes de SS.SS (ley del País Vasco,1982) |
| 1985 | Nueva ley de Régimen Local 7/85 |
| 1985 | Potenciación de centros: hogares, clubs, residencias, estatuto básico de centros de 1985, orden de baremos para centros residenciales, programas de vacaciones para la 3ª edad |

| | |
|------|---|
| 1985 | Ley Reguladora de Bases de Régimen Local |
| 1988 | Creación del Ministerio de Asuntos Sociales |
| 1989 | Regulación de la ayuda a domicilio. Programas de termalismo social |
| | Programas de teleasistencia |
| | Programas de integración social (apoyo, asociacionismo, ayuda mutua, viviendas tuteladas) |
| | Orden ministerial de Acción Concertada de plazas residenciales para asistidos |
| 1988 | Plan Concertado de Prestaciones Sociales Básicas |
| 1988 | Política de subvenciones: el 0'52 del IRPF subvenciones estatales |
| 1988 | Culminación de la primera fase de leyes de SS.SS. (ley de Valencia) |
| 1990 | Ley 26/90 de Pensiones No Contributivas |
| 1992 | Aprobación del Plan Gerontológico Nacional |
| 1992 | Ley Orgánica 9/92 de transferencias del INSERSO a las CC.AA. del art. 143 |
| 1994 | Consejo Estatal de mayores, Real Decreto 2/71/94 |
| 1993 | Programas de solidaridad entre generaciones (Año Europeo de los Mayores, 1993) |
| 2002 | Preparación de la II Asamblea sobre el envejecimiento |
| | Valoración del Plan Gerontológico (1992-97) |
| 1988 | Observatorio permanente de las personas mayores |
| | Proyecto del Plan de Atención a los enfermos de alzheimer y otras demencias (1999-2005) |
| 1999 | Renovación del Consejo Estatal de personas mayores |

| | |
|------|---|
| | Proyecto del Plan de Acción para las personas mayores (2000-2005) |
| 1999 | Ley 6/99 de la Comunidad Autónoma de Andalucía “de Atención y Protección Jurídica a las Personas Mayores “. |
| 2003 | Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007. |
| | Planes de Alzheimer. (Diferentes comunidades Autónomas) |
| 2005 | Real Decreto 117/2005, de 4 de febrero, por el que se regula el Consejo Estatal de las Personas Mayores. |
| 2006 | La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia de España |

Adaptado de: (Barrera-Algarín, 2011)

2.1.3. GÉNESIS Y DESARROLLO DE LAS RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA: ALGUNOS DATOS BÁSICOS

El aumento de la longevidad, anteriormente descrito, acompañado con un importante descenso de la fecundidad durante los últimos 30 años, ha generado una rápida transición hacia una población envejecida que, de acuerdo con las proyecciones demográficas, permanecerá durante décadas. Esta tendencia está acarreado cambios profundos en todas las generaciones y la mayoría de las áreas de actividad sociales y económicas que resulta de importancia resaltar.

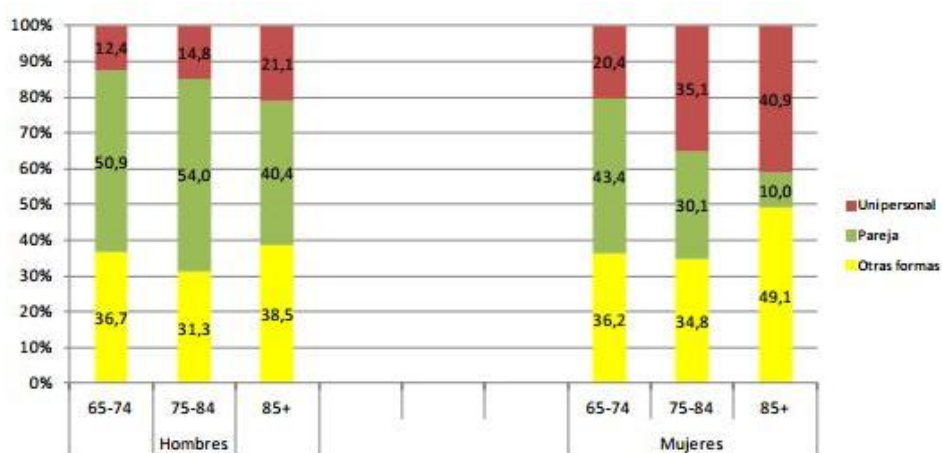
Por lo que se refiere a la longevidad y el estado de salud de nuestros mayores destaca el INE que la esperanza de vida es uno de los indicadores principales que reflejan consecuencias de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país. Según datos del INE, en 2015, las mujeres españolas tenían una esperanza de vida al nacer de 85,4 años, y los hombres de 79,9 años (Abellán, Ayala, & Pujol, 2017). Estos valores se encuentran entre los más altos de Europa y del mundo. Aunque en el año 2015 retrocedió ligeramente respecto a 2014, la tendencia general indica un crecimiento. Según datos del INE, la esperanza de vida se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX. La clave del aumento de la esperanza de vida ha sido el descenso de la mortalidad, en especial la infantil, reflejo del progreso en las condiciones sanitarias, sociales, económicas, y la mejora de los estilos de vida (Abellán, Ayala, & Pujol, 2017).

Otro concepto de reciente acuñación ha sido el de esperanza de vida saludable. Esta variable pretende añadir una nueva dimensión de calidad a la cantidad de vida basándose en dos dimensiones: morbilidad crónica y salud autopercebida (Abellán, Ayala, & Pujol, 2017). Entre las personas de 65 y más años, las mujeres destacan por tener una esperanza de vida mayor que los hombres (23,4 sobre 19,2 años, Informe Health Expectancy in Spain, datos de 2013), pero su esperanza de vida saludable es menor (9,0 y 9,7 años), por un aumento de la morbilidad y una mayor supervivencia. Si se mide en porcentaje de tiempo que se vive en buena salud a partir de los 65 años, el contraste entre hombres y mujeres es

más patente: 50,5% del tiempo por vivir en los hombres lo es en buenas condiciones, mientras que sólo el 38,5% en el caso de las mujeres (Abellán, Ayala, & Pujol, 2017).

La edad aumenta además la posibilidad de vivir en soledad. Se ha observado en los últimos años un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años, aunque las proporciones son más bajas que en otros países europeos. En España, la proporción de mujeres mayores que vive en soledad supera a la de hombres (2015: 28,9% frente a 14,1%). Como puede verse en el gráfico 3, la forma de convivencia mayoritaria entre los hombres de 65 y más años es la pareja sola (sin hijos ni otros convivientes) (Abellán, Ayala, & Pujol, 2017).

Gráfico 3: Distribución porcentual de las formas de convivencia de la población de 65 y más años por sexo y grupo de edad, 2015.



Fuente: INE: INEBASE: Elaboración a partir de microdatos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH)

Por lo que se refiere a las relaciones interpersonales, destacan la frecuencia de contactos entre las distintas generaciones de una familia como uno de los principales vehículos de la solidaridad familiar, que atenúa en gran manera las necesidades de ayuda de los mayores que llegan al ámbito público. Los contactos intergeneracionales son más frecuentes en los países meridionales que en el resto de Europa (Abellán, Ayala, & Pujol, 2017).

Estas tendencias descritas están trayendo consigo otros muchos cambios profundos en todas las generaciones y en la mayoría de las áreas de actividad sociales y económicas.

Uno de los cambios más significativos acontecidos en las últimas décadas del pasado siglo han sido los relativos a la responsabilidad del cuidado de la dependencia. A lo largo de los años ha sido la familia tradicionalmente la encargada de dar respuesta a las necesidades asociadas al envejecimiento y la dependencia. Fundamentalmente las mujeres, han sido las que han ejercido el papel de cuidadoras de las personas mayores con necesidad de apoyo. Sin embargo, la evolución del papel de la mujer en la sociedad no ha ido acompañado de un proceso de división de la responsabilidad del cuidado entre los demás miembros de la familia, lo que ha provocado la necesidad de implantación de servicios de cuidado formales por parte de profesionales para suplir estas carencias.

Cabe recordar, por otra parte, que el comienzo de la implantación de las políticas sociales dirigidas a personas mayores acaecido a lo largo del Siglo XX, ha tenido y tiene como objetivo fundamental el intentar mantener el máximo tiempo posible al mayor en su hogar, sin embargo existen muchos casos en que resulta imposible de asumir. En este contexto es en el que surgen las Residencias para Personas Mayores. El desarrollo de éstas ha sido diferente según la realidad de cada país. Por ejemplo, en el caso español, tenemos que esperar a finales de los años setenta, y la consecuente implantación de la democracia, para ver la génesis de lo que ha sido nuestro Sistema Público de Servicios Sociales.

En estos primeros años de implantación del Sistema Público de Servicios Sociales, el presupuesto destinado a servicios sociales para personas mayores se consignó prácticamente en su totalidad a la construcción de residencias, las cuales supusieron un salto cualitativo con respecto a los antiguos "asilos" , instituciones de beneficencia que acogían fundamentalmente a Personas Mayores en situación de indigencia y abandono (Rodríguez P. , 2007).

Durante los años setenta en España, las residencias fueron el único recurso para la asistencia a Personas Mayores. Aprovechando el auge económico de las leyes de Seguridad Social contributiva, se construyen en estos años residencias para pensionistas.

Sus beneficiarios ya no son personas pobres, en situación de necesidad, como las beneficiarias de los "asilos" de beneficencia ligados a la institución religiosa, sino que son pensionistas, que reciben una renta sustitutiva del trabajo. Este primer modelo de residencia sigue el modelo residencial hotelero, con algunos servicios complementarios añadidos (Alonso & Gonzalo, 1997).

Ya en los años ochenta, coincidiendo con el fomento de los servicios sociales a las personas jubiladas en su entorno social y el consenso en el objetivo de mantener en su entorno el mayor tiempo posible a las Personas Mayores, las residencias así concebidas serán objeto de fuerte crítica. Se establecerán normativamente criterios de ingreso basados en la necesidad económica, familiar y social. Las residencias iniciales serán transformadas en asistidas, en buena parte a causa de la mayor edad y discapacidad de los beneficiarios que ingresaron en ellas al comienzo de su puesta en marcha (Alonso & Gonzalo, 1997).

En la actualidad conviven centros públicos con cada vez un mayor número de centros privados, nacidos de la fuerte demanda de servicios en estas últimas décadas. La configuración de estos últimos centros es mucho más heterogénea, ya que subsisten antiguos centros asistenciales, aunque mejorados, de las Congregaciones Religiosas, por lo general sin ánimo de lucro, junto con una oferta pujante de centros privados con ánimo de lucro (Ruiz & Ramos, 2010).

2.1.3.1. CONCEPTO Y TIPOLOGÍA DE RESIDENCIAS

El IMSERSO define las residencias como "centros gerontológicos abiertos, tanto hacia fuera, al facilitar la interacción con el medio, como hacia dentro, esto es, fomentando la integración de agentes externos (familiares, amigos, etc.); de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional integrada en un plan general de intervención, en el que viven, ya sea de forma permanente, si se convierte en su residencia habitual, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de

semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales, aquellas personas mayores con algún grado de dependencia" (IMSERSO, 2004).

Esta definición implica la necesidad de crear un proyecto vital en el que las personas se desarrollen además de la atención sociosanitaria propiamente. Se incluye también el concepto "abierto" lo que implica la participación necesaria de otros servicios (como por ejemplo los servicios sociales o los servicios de atención primaria) y de las propias familias de los residentes.

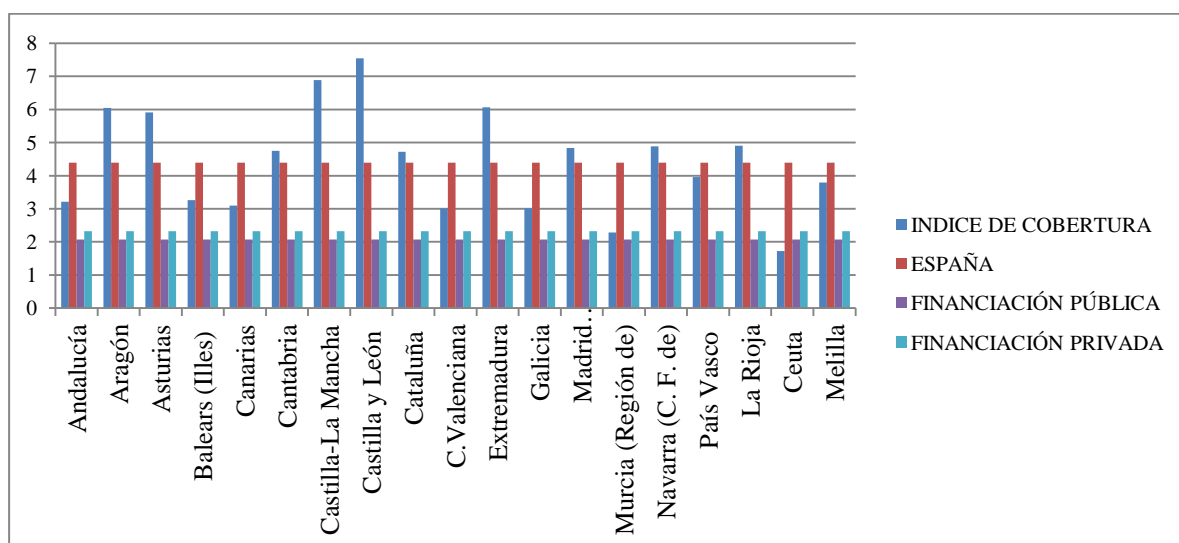
La legislación española, en el Estatuto Básico de los Centros de la Tercera Edad del IMSERSO, definía tres tipologías de residencias: residencias de válidos, de asistidos y mixtas. Las residencias de válidos, como establecimientos destinados a quienes por sus condiciones personales pueden desarrollar las actividades de la vida diaria sin la asistencia de otras personas. Las residencias asistidas, establecimientos destinados a la atención y asistencia de quienes sufran una patología crónica que le impida valerse por sí mismo, precisando por ello de la asistencia de terceras personas y finalmente, las residencias mixtas, con servicios e instalaciones suficientes para acoger a personas que puedan desenvolverse de forma autónoma y a las que necesitan de asistencia para la vida diaria.

A los tres modelos anteriores añade Ramos (2010) el centro sociosanitario, de progresiva implantación en algunas Comunidades Autónomas. La definición que este autor da sobre los beneficiarios de dichos centros es la siguiente: “son personas mayores de sesenta años con alguna enfermedad crónica, personas con enfermedades crónicas evolutivas que generen gran dependencia y con deterioro moderado o severo, con enfermedades terminales, con enfermedades psíquicas de evolución crónica, con drogodependencias, y personas que, habiendo superado la enfermedad en su fase aguda o con un grado moderado de dependencia, precisan curas o terapia de rehabilitación antes de reintegrarse de nuevo a la comunidad” (Ruiz & Ramos, 2010).

2.1.4. LA EVOLUCIÓN DE PLAZAS Y CENTROS EN ESPAÑA

Como se observa en el gráfico 4, el Índice de cobertura de plazas residenciales en España se encuentra en la actualidad por debajo de las recomendaciones de la OMS. En cuanto a la titularidad y gestión de los centros residenciales, el CSIC afirma que estas son mayoritariamente privadas (Envejecimiento en Red, 2015). Añade además que la mayor parte de los centros son de titularidad privada (3 de cada 4 centros) y gestionan el 75% de las plazas, incluyendo tanto las plazas privadas como las concertadas. De las plazas gestionadas por el sector privado, la mayoría son plazas financiadas por las aportaciones de los usuarios a precio de mercado. En el análisis de la evolución histórica se observa el crecimiento de las plazas concertadas como modelo de financiación, que incrementan su peso hasta llegar a representar una de cada cuatro plazas.

Gráfico 4: Índice de cobertura de plazas de residencias para personas mayores en España por Comunidades Autónomas (2015)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CSIC (2015)

En total, la financiación pública alcanzaría aproximadamente el 50% del total de las plazas, dejando el otro 50% para la iniciativa privada, indicador significativo del esfuerzo que han de realizar las personas mayores y sus familias a la hora de optar por un recurso residencial. (Abellán, Ayala, & Pujol, 2017)

Como podemos ver en la tabla 4, y según los últimos datos del CSIC de junio de 2015, en España existen 5.340 centros residenciales, entendidos como alojamientos colectivos para personas mayores bajo diferentes modelos: residencias, incluidas las mini-residencias; viviendas o pisos tutelados; centros psicogerítricos (o secciones dentro de esos centros); centros sociosanitarios (sección de mayores, si está diferenciada); conjuntos residenciales; y otros centros colectivos. El número de plazas por centro la sitúa este informe del CSIC en torno a las 64 plazas en España. Uno de cada dos centros tiene menos de 50 plazas, uno de cada cuatro centros se situaría entre 50 y 99 plazas, y uno de cada cinco superaría las 100 plazas. No se aprecian demasiadas diferencias entre centros de titularidad pública y privada en estas proporciones. Sin embargo, cuando este informe (Envejecimiento en Red, 2015) analiza desde la perspectiva de la distribución de las plazas, observamos que dominan las plazas ubicadas en centros entre 50 y 99 plazas, que representan el 53,5% aproximadamente del total de plazas en España. Debido a la disparidad de criterios entre las comunidades autónomas, se aprecian diferencias importantes en la distribución territorial de plazas. Sin considerar las ciudades autonómicas de Ceuta y Melilla, dado el bajo número de plazas, destacan comunidades como Madrid, La Rioja, Cantabria y Baleares donde las plazas ubicadas en centros con más de 100 plazas superarían el 60%. En estas comunidades, el tamaño medio de centro se sitúa por encima de las 80 plazas, destacando el caso de la Comunidad de Madrid, con una media de 99 plazas por centro. Por el contrario, en la comunidad catalana las plazas ubicadas en centros de más de 100 plazas apenas alcanzan el 34% y es la única comunidad donde no constituyen la tipología de plaza dominante, con un tamaño medio de centro de 53 plazas. Otras comunidades con cifras por debajo de 55 plazas son Castilla La Mancha, País Vasco y Asturias. Según este informe, la OMS sitúa el promedio óptimo de plazas residenciales por cada 100 personas de más de 65 años (Índice de cobertura) es de cinco. La media de España que describe el citado informe se situaría ya en un 4,39% a fecha diciembre de 2013, un incremento de prácticamente 2 puntos porcentuales frente a los datos de 2010.

Tabla 4: Total de Residencias para Personas Mayores en España según titularidad (2015)

| TOTAL DE CENTROS RESIDENCIALES | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|---------|-----------------------------|
| COMUNIDADES AUTÓNOMAS | CON PLAZAS PÚBLICAS | CON PLAZAS PRIVADAS | SIN DATOS DE TITULARIDAD | TOTALES | PORCENTAJE TOTAL ESPAÑA (%) |
| ANDALUCIA | 156 | 516 | 0 | 672 | 12.46 |
| ARAGÓN | 80 | 190 | 16 | 286 | 5.30 |
| PRINCIPADO ASTURIAS | 41 | 169 | 2 | 212 | 3.93 |
| ISLAS BALEARES | 28 | 33 | 1 | 62 | 1.15 |
| ISLAS CANARIAS | 45 | 44 | 11 | 100 | 1.85 |
| CANTABRIA | 9 | 44 | 2 | 55 | 1.02 |
| CASTILLA Y LEÓN | 174 | 473 | 1 | 648 | 12.02 |
| CASTILLA LA MANCHA | 273 | 217 | 0 | 490 | 9.09 |
| CATALUÑA | 164 | 851 | 2 | 1017 | 18.86 |
| COMUNIDAD VALENCIANA | 68 | 217 | 0 | 331 | 6.14 |
| EXTREMADURA | 160 | 75 | 0 | 235 | 4.35 |
| GALICIA | 53 | 213 | 0 | 266 | 4.93 |
| COMUNIDAD DE MADRID | 72 | 402 | 5 | 479 | 8.88% |
| REGIÓN DE MURCIA | 11 | 46 | 0 | 57 | 1.05 |
| C.F. NAVARRA | 36 | 48 | 0 | 84 | 1.55 |
| PAIS VASCO | 94 | 252 | 12 | 358 | 6.64 |
| LA RIOJA | 9 | 23 | 0 | 32 | 0.59 |
| C.A. CEUTA | 1 | 3 | 0 | 4 | 0.07 |
| C.A. MELILLA | 1 | 1 | 0 | 2 | 0.03 |

Fuente: Elaboración propia

En España, únicamente las comunidades de Castilla y León (7,5%), Castilla La Mancha (6,88%), Aragón (6,04%), Asturias (5,9%) y Extremadura (6,06%) cumplirían estas recomendaciones, con índices que superan el 5% (ver tabla 5) (Abellán, Ayala, & Pujol,

2017). En las últimas posiciones nos encontramos a comunidades como Ceuta (1,72%), Murcia (2,28%), Galicia (3,00%), Andalucía (3,20%), Comunidad Valenciana (3,00%), Canarias (3,01%) y Baleares (3,25%). En la franja intermedia, y cercanas a la recomendación, se ubicarían las comunidades de Cataluña (4,71%), País Vasco (3,95%), Cantabria (4,75%), Navarra (4,88%) y Madrid (4,83%). Esto implica que el crecimiento potencial de plazas residenciales podría cifrarse en torno a 70.000 plazas adicionales, y que existe por tanto una demanda por satisfacer. Otro problema que hay que tener en cuenta a la hora de interpretar este análisis es que según datos del citado informe, actualmente, existen en España 8 convenios distintos de aplicación en el sector y un convenio estatal al que se suscriben la mayoría de las Comunidades Autónomas, 5 convenios comunitarios (Galicia, La Rioja, Madrid, Castilla La Mancha, Valencia) y 2 provinciales (Guipúzcoa y Vizcaya).

Tabla 5: Centros residenciales en España. Principales magnitudes. 31 de diciembre de 2013

| COMUNIDADES AUTÓNOMAS | POBLACIÓN ≥ 65 | CENTROS | PLAZAS | ÍNDICE DE COBERTURA ¹ | PERSONAS USUARIAS |
|--------------------------|----------------|---------|--------|----------------------------------|-------------------|
| | 01/01/2014 | | | | |
| ANDALUCÍA | 1337288 | 658 | 42913 | 3,208957233 | 30551 |
| ARAGÓN* | 275127 | 293 | 16624 | 6,042300465 | 5718 |
| ASTURIAS | 249988 | 296 | 14775 | 5,910283694 | 4327 |
| BALEARS (ILLES) | 163589 | 58 | 5328 | 3,256942704 | 2174 |
| CANARIAS | 306270 | 182 | 9498 | 3,101185229 | 9498 |
| CANTABRIA | 116613 | 58 | 5543 | 4,753329389 | 3451 |
| CASTILLA-LA MANCHA | 375193 | 329 | 25821 | 6,882058034 | 14249 |
| CASTILLA Y LEÓN | 592190 | 676 | 44648 | 7,539472129 | 44648 |
| CATALUÑA | 1337283 | 1232 | 63089 | 4,717699993 | 47707 |
| C.VALENCIANA | 902953 | 330 | 27131 | 3,004696811 | 13252 |
| EXTREMADURA* | 215593 | 264 | 13072 | 6,063276637 | 8051 |
| GALICIA | 648045 | 214 | 19489 | 3,007352884 | 12907 |
| MADRID (COMUNIDAD DE) ** | 1053191 | 474 | 50889 | 4,831887094 | 19177 |
| MURCIA (REGIÓN DE) | 216285 | 53 | 4949 | 2,288184571 | 3232 |
| NAVARRA (C. F. DE) | 119215 | 75 | 5821 | 4,882774819 | 2450 |
| PAÍS VASCO | 454132 | 254 | 17964 | 3,955678085 | 12661 |
| LA RIOJA | 62014 | 30 | 3039 | 4,900506337 | 1615 |
| CEUTA | 9260 | 4 | 160 | 1,727861771 | 145 |
| MELILLA | 8198 | 2 | 311 | 3,793608197 | 292 |
| ESPAÑA | 8442427 | 5482 | 371064 | 4,395229002 | 236105 |

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales (2014)
INE (2014) Datos de Población. Explotación Estadística Padrón Municipal 01/01/2014

(1) Índice de Cobertura: (nºplazas/población >65)x10

*Aragón y Extremadura. Datos de 2012. **Madrid: No se dispone de información de las personas usuarias del Ayuntamiento de Madrid.

2.1.5. LA PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: EL CASO DE LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES

Ya desde el inicio de la implantación de las políticas sociales dirigidas a mayores, ha sido frecuente la participación del sector privado en la creación y gestión de los servicios sociales, fundamentalmente entidades de beneficencia, cuya intervención en la acción social no tenía en su génesis ningún ánimo de lucro.

El sector de los Centros Residenciales para Mayores ha experimentado una evolución creciente en los últimos años tanto en el número de residencias y en el de plazas y usuarios como en el modelo de titularidad de los mismos. A 30 de junio de 2015, en España, existían 359.035 plazas distribuidas entre 5.340 centros, de los cuales 3.803 eran de titularidad privada y 1.510 eran públicos (Envejecimiento en Red, 2015)

Se trata por tanto de un sector que ya no podemos considerar incipiente, y podríamos decir que ha entrado en fase de madurez en España (PricewaterHouseCoopers, 2010).

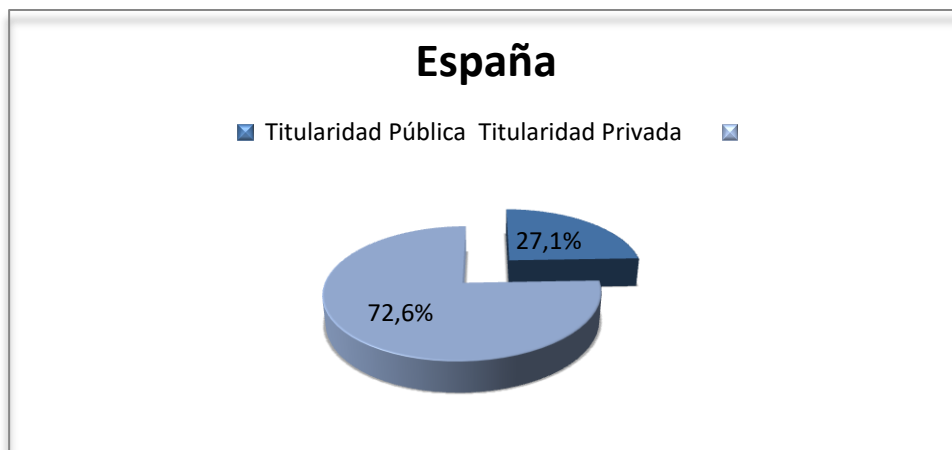
El número de plazas residenciales en España, impulsado por el desarrollo de la ya citada Ley de la Dependencia, ha aumentado un 25% en los últimos años, y a finales de 2009 ya se superaba la cifra de las 320.000 plazas. La evolución del número de plazas y centros en España ha sido cada vez mayor, especialmente desde que se aprobó la Ley 36/2006.

Como puede apreciarse en el gráfico 5, los Centros Residenciales Públicos en España suponen un 27,1% del total, frente a un 72,6% de titularidad privada.

Por lo que respecta al tamaño de los centros, como puede apreciarse en el gráfico 6, más de la mitad de las plazas de centros de titularidad pública están en la franja de entre 1 y 49 plazas, destacando que un 27,95% corresponden a centros públicos de menos de 25 plazas.

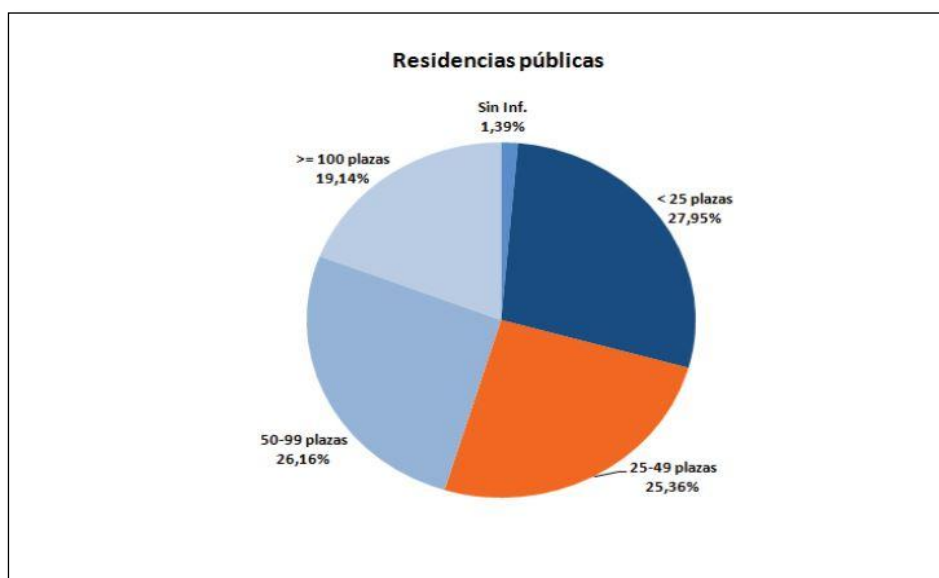
En cuanto a las residencias de titularidad privada, como se aprecia en el gráfico 7, más de la mitad de los centros de titularidad privada cuenta con entre 25 y 99 plazas, destacando un 23,19% que cuenta con más de 100 plazas.

Gráfico 5: Centros Residenciales para Personas Mayores en España según titularidad



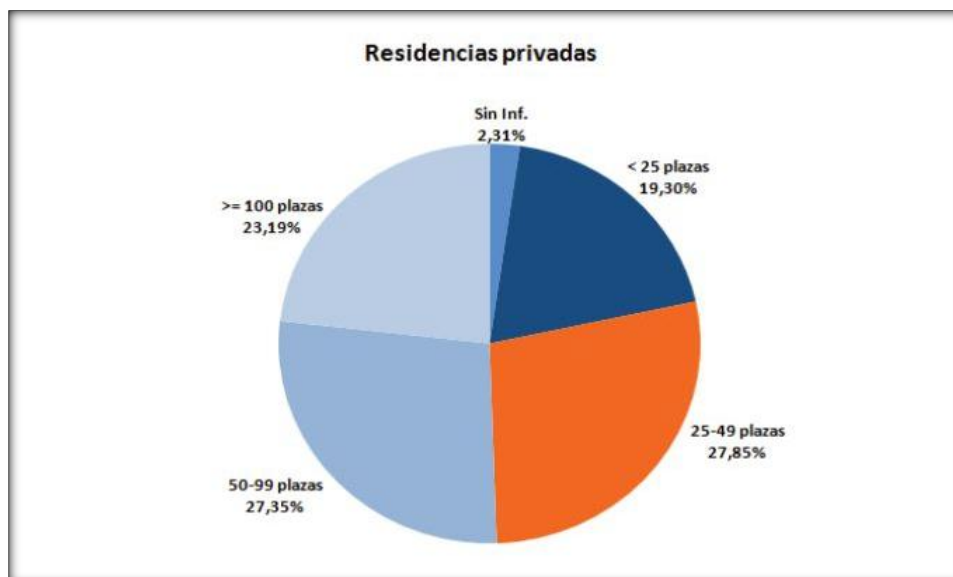
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO

Gráfico 6: Total nacional. Centros Residenciales públicos según tamaño



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO

Gráfico 7: Total nacional. Centros Residenciales privados según tamaño



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO

Como señalábamos anteriormente, la novedad actual estriba en la aparición de un sector privado comercial con ánimo lucrativo, que convierte la privatización de los servicios sociales, en una característica añadida. Esta privatización de los servicios sociales en general, y de los recursos destinados a Personas Mayores en particular, junto al gran aumento de los Centros Residenciales en nuestro país de las últimas décadas ha traído consigo una mayor preocupación por el nivel de exigencia de estos centros, los cuales han de ser (y demostrar serlo) eficaces, eficientes y ofrecer a los usuarios la mejor asistencia posible. Por ello, los Sistemas de Gestión de la Calidad que habían ido afianzándose en el sector industrial, entran en el sector servicios y en este caso en el de los servicios residenciales, fundamentalmente privados (en primera instancia) destinados a las personas mayores. En un primer momento lo hicieron a través de Estándares de Calidad y Sellos de Excelencia, y han acabado imponiéndose los sistemas diseñados expresamente para el sector residencial, que serán descritos en el siguiente apartado.

2.2. ANÁLISIS HISTÓRICO DEL CONCEPTO CALIDAD Y SU APLICACIÓN AL CONTEXTO DE LA ACCIÓN SOCIAL. POR QUÉ APLICAR EL CONCEPTO CALIDAD A LA ATENCIÓN RESIDENCIAL

2.2.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD

2.2.2. LA CALIDAD APLICADA A LA ACCIÓN SOCIAL

El concepto de calidad aparece inicialmente en organizaciones dedicadas a la producción de productos físicos de carácter tangible. Según Medina y Medina, la necesidad de supervivencia de estas empresas, y la alta competitividad, pueden señalarse como las causas por las cuales "el concepto de calidad ha evolucionado desde su consideración como elaboración de productos de acuerdo a categorías previamente determinadas, hasta llegar a la satisfacción del cliente como garantía máxima de calidad" (Medina & Medina, 2010).

Esta evolución del concepto las divide Garvin en las siguientes etapas descritas a su vez en el gráfico 8 (Garvin, 1988):

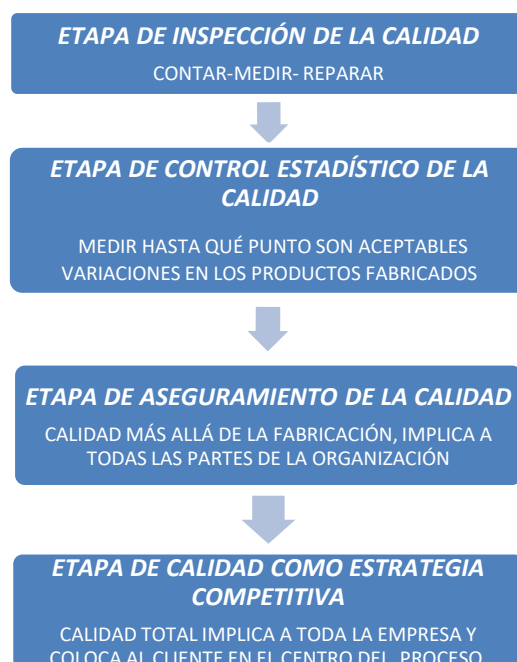
La primera etapa coincide con los inicios de la Revolución Industrial, donde el énfasis se pone en la inspección de la calidad, en contar, medir y si es necesario reparar.

La segunda etapa se refiere al control estadístico de la calidad, es decir, medir hasta qué punto eran aceptables las variaciones en los productos fabricados.

Una tercera etapa (años 50 en adelante) la constituye el concepto de aseguramiento de la calidad. En esta etapa se desarrollan los conceptos clave de la calidad y se extiende la idea de que la calidad va más allá de la fabricación es decir, que implica a todas las partes de la organización.

La cuarta etapa enumerada por Garvin es la calidad como estrategia competitiva. Surge a partir de la alta fiabilidad y bajo precio de los productos japoneses. Es entonces cuando la calidad total evoluciona, implica a toda la empresa y coloca al cliente en el centro del proceso.

Gráfico 8: Etapas del concepto de calidad en el contexto industrial (Garvin, 1988)



Fuente: Elaboración propia

La producción de servicios se ha visto impregnada por esta nueva concepción de la calidad aunque no sin ciertas diferencias derivadas del hecho de que no es lo mismo producir cosas que producir servicios para personas. De esta manera se han desarrollado muchos intentos por crear una serie de indicadores que permitan la medición cada elemento de los procesos organizativos y cada producto o servicio generados.

Los Estándares de Calidad han sido un ejemplo de sistematización de la medición de la calidad.

2.2.3. APLICACIÓN DE LAS PROPUESTAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD A LA INTERVENCIÓN SOCIAL

La aplicación del modelo empresarial de Gestión de la Calidad al ámbito de la intervención social se explica por la creciente presión por el control del gasto público en los países europeos que, como vimos en apartados anteriores, se vió disparado a lo largo del siglo XX, y que trae como consecuencia la urgencia de mayor eficacia y eficiencia en las intervenciones que se realizan en el campo de la acción social (Medina & Medina, 2010). Todo ello unido a la demanda cada vez mayor de plazas en Centros Residenciales que la Administración no puede cubrir, tal y como hemos podido comprobar en los datos aportados en capítulos anteriores sobre la realidad del índice de cobertura de plazas tanto a nivel europeo como en España, y la consecuente privatización de sectores dentro de los servicios sociales.

Según Medina y Medina (2010), la calidad está de moda, pero no se trata de un movimiento pasajero. La calidad tiene como objetivo servir de estímulo a la competencia tanto en las entidades privadas como entre las administraciones públicas (Medina & Medina, 2010). Además de ello, esta orientación hacia la calidad se ve afectada por varios factores relacionados entre sí (López, 1994): La calidad se está convirtiendo en sí es un elemento de marketing, por lo que por cuestiones de mercado las empresas están orientando su actividad hacia la calidad y finalmente la externalización de los servicios públicos está haciendo aumentar la competitividad en estos sectores lo que hace que la calidad se aprecie además como un valor añadido (Medina & Medina, 2010).

Si bien es cierto que esta implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad en la acción social ha sido ampliamente aceptada por el sector, también ha traído consigo un número no menos significativo de detractores, los cuales consideran difícil la adaptación de esta concepción empresarial al trabajo con personas.

Fantova destaca una serie de argumentos tanto a favor como en contra de la aplicación de la Gestión de la Calidad en la acción social (Fantova, 2008). En primer lugar, entre las

ideas positivas que puede aportar la perspectiva de la Gestión de la Calidad destaca el concepto de "la orientación al cliente".

En segundo lugar, destaca Fantova la aportación que desde la intervención social se puede hacer al campo de la Gestión de la Calidad con la gran tradición en el uso de indicadores de evaluación capaces de medir factores tangibles e intangibles. Con lo cuál, el argumento de los detractores que consideran que la calidad contiene demasiados factores intangibles, imposibles de medir, queda subsanado según esta argumentación.

En tercer lugar, cabe destacar la relación y participación entendida como la participación de las personas de las organizaciones en su gestión. El énfasis que la Gestión de la Calidad pone en un liderazgo favorecedor del desarrollo de las personas y sus competencias (empowerment o empoderamiento) casa a la perfección, según este autor, con las mejores tradiciones y prácticas de la intervención social (Fantova, 2008).

Pero la intervención social no tiene los mismos objetivos que la actividad empresarial. Introducir esta nueva ideología puede llevar a simplificar el propio concepto de calidad entendiéndolo únicamente como la satisfacción del cliente, es decir, considerar que la práctica profesional en intervención en el ámbito residencial se está prestando un servicio de calidad sólo por el hecho de tener un Sello de Excelencia, en detrimento de la implantación de un Sistema de Calidad de la Atención como puede ser el modelo de Atención Centrada en la Persona (en adelante ACP). Se hace necesaria por tanto una integración entre lo que Fantova llama la "calidad técnica" (Fantova, 2008) con la calidad percibida, medida a través de la mera satisfacción del cliente o familia.

En este sentido, resulta importante diferenciar la calidad de la gestión de los centros, que es el tipo de calidad que miden los Sistemas de Gestión de la Calidad y la Calidad Asistencial. Esta última, a pesar de no ser unidad de observación de esta investigación, resulta del todo indispensable para hablar de una mejora efectiva de la calidad en los Centros Residenciales para Personas Mayores, ya que una empresa puede tener una excelente gestión y no traducirse ésta necesariamente en un nivel óptimo de calidad asistencial.

Otro aspecto relacionado con la calidad que, desde nuestro punto de vista, está teniendo un carácter secundario en la implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad en nuestro país, es el papel que estos estándares conceden a los residentes y sus familias tanto en la puesta en marcha como en la evaluación de la calidad. En este sentido, equiparan la intervención del mayor en este proceso a su satisfacción como cliente con el resultado final de su intervención, al más puro estilo empresarial, olvidando aspectos humanos como la necesidad de sentirse partícipes de su proceso, las relaciones interpersonales, o el amplio y heretogéneo concepto de calidad de vida. Éste último, a pesar de no constituir en sí mismo un objeto de análisis de esta investigación, no podemos obviarlo por su importancia para las personas que se encuentran institucionalizadas en estos centros.

En este sentido, Villegas y Rosa, destacan que "la óptica del paciente o modo de entender la calidad desde el punto de vista del paciente está consolidándose actualmente como un factor esencial" (Villegas & Rosa, 2003), es decir, hay una corriente que apuesta por situar al residente en el centro de la intervención y entender la calidad en los términos en los que la definen los propios usuarios. Por esta razón, para prestar una intervención de auténtica calidad, se hace necesario combinar los indicadores de calidad marcados por los cada vez más generalizados, Sistemas de Gestión de la Calidad, con los indicadores de calidad percibida, que deben ser expresados directamente por los sujetos hacia los cuales se dirige nuestra intervención.

En un estudio realizado por Heras (Heras, Cilleruelo, & Iradi, 2006), los responsables de diferentes Residencias del País Vasco señalaban el aporte positivo de la extrapolación de los estándares de calidad ISO 9001 o EFQM al ámbito residencial. Destacaban estos expertos que ayudan a mejorar la sistematización (antes inexistente) de los métodos de trabajo y de los aspectos administrativos. En el mismo estudio, los propios expertos reconocen que no está tan clara la eficiencia de estos Sistemas en lo que respecta a la calidad asistencial (Heras, Cilleruelo, & Iradi, 2006).

2.3. PRINCIPALES MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL Y SUS INDICADORES: QUÉ ENTIENDEN POR CALIDAD.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad asistencial de esta manera:

"Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras, y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual que el conocimiento permite".

Esta definición entiende de manera integral la atención asistencial pero para entender la evolución del concepto hay que remontarse a los inicios de la aplicación de sistemas de calidad al ámbito de la intervención social.

2.3.1. MODELO NORTEAMERICANO: EL MINIMUM DATA SET

Una visión general 20 años de reformas en la calidad de la atención en residencias para personas mayores en los EE.UU. ha mostrado un progreso y mejora en la calidad de la atención (Hjaltadóttir, Ekwall, Nyberg, & Hallberg, 2012).

Tradicionalmente, en la evaluación de la calidad de la atención se han considerado tres aspectos: estructura, proceso y resultado. La estructura se refiere a la entrega, y el resultado de las condiciones de salud y el funcionamiento de los residentes que se pueden atribuir a la atención recibida (Hjaltadóttir, Ekwall, Nyberg, & Hallberg, 2012).

Desde los años ochenta en adelante en EE.UU. ha habido un incremento de los esfuerzos por parte del Gobierno y el sector privado para contener los crecientes costes de atención de la salud. Fruto de este objetivo nace en 1990 el instrumento Minimum Data Set (en adelante MDS) (Morris, Hawes, Fries, Phillips, & Friedlob, 1990) (Mor V. , 2004). ¹Estas

¹ Aunque el Minimum Data Set es concebido como un instrumento para medir la calidad asistencial, resulta importante por la categorización que hace de las variables que intervienen en la calidad prestada por las

reformas incluyeron una elevación de los estándares y el establecimiento de regulaciones en residencias de personas mayores, como los reglamentos sobre el uso de sistemas de retención, así como el uso de la evaluación estandarizada de la salud y los informes a las residencias de personas mayores y los consumidores sobre los resultados de calidad de los residentes (Hjaltadóttir, Ekwall, Nyberg, & Hallberg, 2012).

Como describe Mor, el MDS fue inicialmente concebido como un instrumento para resumir una evaluación clínica detallada, como preludio a la atención de planificación, no pasó mucho tiempo antes de que su uso fuera adaptado para fijar las tasas de pago, tanto para los programas de Medicaid y Medicare ² (Zinn, Feng, Mor, Intrator, & Grabowski, 2008), (Fries, y otros, 1994). Esto fue seguido por la creación y presentación de informes públicos de mediciones de calidad basados en datos del MDS (Zimmerman, y otros, 1995), (Harris & Clauser, 2002).

Además del propio instrumento MDS, desde principios de 1990 se han incluido los llamados Grupos de Utilización de Recursos (en adelante RUG-III). Este sistema de clasificación utiliza la información de la evaluación MDS para clasificar a los residentes en una serie de grupos que representan a las necesidades de recursos de atención directa relativos de los residentes. Los datos de la evaluación del MDS se utilizan para calcular la clasificación RUG-III necesaria para el pago. El MDS contiene amplia información sobre las necesidades de cuidado del residente, impedimentos para las actividades básicas de la vida diaria (en adelante ABVD), estado cognitivo, problemas de conducta, y el propio diagnóstico médico. Esta información se utiliza para definir los grupos RUG-III que forman una jerarquía desde el mayor hasta la menor cantidad de recursos utilizados. Los residentes con necesidades más especializadas de cuidado,

Residencias al ser un instrumento cuyos resultados utilizados por la Administración estadounidense para medir la Calidad de los centros.

² Medicare es un programa de cobertura de seguridad social administrado por el gobierno de EE.UU., el cual provee atención médica a todas las personas mayores de 65 años o menores de 65 años con algún tipo de discapacidad diagnosticada. Medicaid por su parte es un programa de seguros de salud para la gente con pocos recursos económicos.

mayor dependencia ABVD u otras condiciones serán asignados a los grupos más altos en la jerarquía RUG-III.

Este sistema de clasificación de la atención en función de las horas y las necesidades tiene como objetivo determinar el pago del servicio MEDICARE Y MEDICAID.

LA CALIDAD INTEGRADA: ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA.



Tabla 6: Principales indicadores de calidad: Modelo Minimum Data Set

| INDICADORES DE CALIDAD | | | |
|------------------------|--|--|---|
| | ESTRUCTURA | PROCESO | RESULTADO |
| EE.UU. | | | Accidentes: Ejemplo: Incidencia de nuevas fracturas/ prevalencia de caídas |
| | Personal: Ejemplo: ratio de personal por horas y días | Inspecciones de salud | Comportamiento/habilidades emocionales: Ejemplo: Prevalencia de síntomas de depresión sin terapia antidepresiva |
| | | Por ejemplo: Deficiencias en calidad de la atención. Deficiencias nutricionales/dietéticas | Gestión clínica: Ejemplo: Uso de medicamentos |
| | | | Habilidades cognitivas: Ejemplo: Incidencia de deterioro cognitivo |
| | | | Eliminación/incontinencia: Ejemplo: Control de esfínter |
| | Inspecciones de seguridad contra incendios | | Control de las infecciones: Ejemplo: Prevalencia o no de infecciones en el tracto urinario |
| | Ejemplo: Deficiencias en simulacros de incendio y regulaciones sobre el tabaco | | Nutrición/alimentación: Ejemplo: Residentes que pierden mucho peso |
| | | | Manejo del dolor: Ejemplo: Incidencia o no de dolor |
| | | | Valoración de las funciones físicas: Ejemplo: Necesidad de ayuda o no en Actividades de la Vida Diaria |
| | | | Uso de fármacos y psicotrópicos: Ejemplo: Uso o no de ansiolíticos/ hipnóticos |
| | | | Calidad de vida: Ejemplo: Prevalencia de actividad |
| | | | Cuidado de la piel: Ejemplo: Riesgo de desarrollar úlceras por presión. |
| | | | Cuidado post-agudo: Ejemplo: residentes de estancias cortas que presentan un dolor severo |
| | | | Detección del riesgo de caídas: Programas de prevención de caídas |
| | | | Protocolos de prevención y atención a las úlceras por presión |

Fuente: Adaptado de CM'S RAI Version 2.0 Manual CH 6: Medicare SNF PPS Revised-November 2005, December 2002

2.3.2. EL CONTEXTO ESPAÑOL: IMPLANTACIÓN DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN ESPAÑA

El gran aumento de los Centros Residenciales para Personas Mayores de carácter privado en los últimos años en nuestro país junto con las considerables mejoras en las características arquitectónicas, organizativas y de calidad asistencial de éstos, han traído como consecuencia un aumento del nivel de exigencia de los Centros Residenciales en cuanto a la atención prestada y también a su propia gestión como empresas privadas (Rodríguez P. , 2011). Todo ello, al igual que en el resto de países europeos, parece ser el motivo principal por el cual la legislación española también ha avanzado hacia la exigencia de modelos de calidad en los centros residenciales para personas mayores.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (2006) ha intentado reflejar esta necesidad y apunta en el Título II, artículo 34 de Calidad en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecerá, (...), la fijación de criterios comunes para la acreditación de centros y planes de calidad del sistema dentro del marco general de calidad de la Administración General del Estado. Así mismo, el comité técnico acordará a) criterios de calidad y seguridad en los centros y servicios, b) indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del Sistema.

Por otro lado, el artículo 35 de la citada ley destaca la necesidad de que los Centros Residenciales cuenten con un Sistema de Gestión de la Calidad. La llamada Ley de Dependencia se hace eco, por tanto, de la necesidad de implantación progresiva de Modelos de Gestión de la Calidad en el sector privado de la atención a personas mayores, fundamentalmente por parte de los Centros Residenciales. Por su parte, la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad (2008), en su resolución sobre criterios comunes de acreditación de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acuerda entre los ámbitos de acreditación (artículo 3º), que los centros y servicios dispongan de un plan de gestión de la calidad que incluya el mapa de procesos, procedimientos y

protocolos de actuación, referidos al usuario y a la familia, a los recursos humanos, e indicadores mínimos asociados.

La legislación vigente parece haberse hecho eco de los cambios y exigencias en la calidad de los servicios que se prestan a mayores, aunque la realidad es que en la práctica tiene ciertas peculiaridades. En primer lugar, no existe una sistematización ni puntos comunes en los modelos aplicados, sino que existen multiplicidad y diversidad de modelos desarrollados para centros residenciales lo que convierte en un objetivo difícil la sistematización de la calidad en la gestión de Centros Residenciales para Personas Mayores.

Como podemos observar en la tabla 7, existen diferentes tipos Modelos de Gestión de la Calidad. En primer lugar, vamos a analizar, por su importancia cualitativa, los denominados Sellos de Excelencia, prestando especial atención a la norma UNE-EN-ISO 9001³ y el modelo European Foundation for Quality Management (EFQM), los principales modelos del sector empresarial adaptados a los Centros Residenciales para Personas Mayores de nuestro país.

La Organización Internacional para la Estandarización (en adelante ISO) fue creada por las Naciones Unidas en 1947. Actualmente su sede se encuentra en Ginebra (Suiza), y constituye una Federación Mundial de Organizaciones de Estandarización, con representantes de más de 100 países. Su objetivo es el de crear una serie de normas para la ejecución de una determinada actividad mediante comités técnicos creados al efecto (Medina & Medina, 2010). A su vez, el objetivo de las normas promulgadas por ISO es conseguir el aseguramiento de la calidad entendiendo este concepto como un conjunto de acciones preestablecidas, no improvisadas, sistemáticas, que se pueda demostrar que se han realizado, y necesarias para proporcionar la confianza de que un producto o servicio satisfaga unos requisitos de calidad especificados en una situación dada (AENOR, 2000).

³ El nombre de la normativa es UNE-EN-ISO 9001, pero cada 3 años diseña una nueva versión que se añade tras el nombre seguido de dos puntos y el año de publicación. En este trabajo nos referiremos a ellas con el nombre de ISO (sin la especificación UNE de la Unión Europea, ni EN, que es el identificativo del país, en este caso España), en plural a todas las versiones de esta norma y citaremos añadiendo el año de publicación cuando nos refiramos a una de las normas de esta familia en concreto.

Como respuesta a esta nueva corriente proveniente de EE.UU y Japón que iba extendiendo la Calidad Total-Excelencia en 1988 los presidentes de 14 importantes compañías europeas se reunieron en Bruselas para crear la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (en adelante EFQM), que concluiría con el nacimiento en 1991 del Modelo EFQM de Excelencia.

Tabla 7: Principales modelos de gestión de la calidad implantados en España

| PRINCIPALES MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD APLICADOS EN ESPAÑA ⁴ | |
|---|---|
| MODELOS GENERALES: SELLOS DE EXCELENCIA/NORMATIVAS | Norma ISO 9001:2000 |
| | Modelo de Calidad Total EFQM |
| | Joint Comission |
| | Norma UNE 158101 Gestión de Centros Residenciales y los Centros Residenciales con Centro de Día o Centro de Noche Integrado |
| MODELOS ESPECÍFICOS | Modelo SERA |
| | Modelo SERVQUAL |
| | Modelo de Atención Centrada en la Persona. Fundación Matía |
| | Modelo de Garantía de Calidad SIIS-KALITATEA Zainduz |
| | |
| MODELOS DE LAS ADMINISTRACIONES AUTONÓMICAS | Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) |
| | Modelo Básico de Atención en las Residencias (Castilla La Mancha) |
| | Sistema de Calidad de Centros y Residencias de Servicios Sociales (Comunitat Valenciana) |
| PROTOCOLOS Y GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS | Modelos y manuales de Grupos Residenciales |
| | 100 Recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores (SEGG) |

Fuente: Elaboración propia

⁴ En España para actuar en materia de normalización y certificación se creó, en 1986, AENOR (Asociación Española de Normalización). AENOR es una entidad privada, independiente, sin ánimo de lucro que, desde 1986, tiene como propósito contribuir, mediante el desarrollo de las actividades de normalización y certificación a mejorar la calidad en las organizaciones, sus productos y servicios, así como proteger el medio ambiente y, con ello, el bienestar de la sociedad (Lloréns y Fuentes, 2001).

La diferencia fundamental entre estos dos modelos radica en que los Sistemas de Gestión y Aseguramiento de la Calidad basados en las normas UNE-EN-ISO 9001 incluyen la ordenación y sistematización a la que debe someterse la organización que los aplica. El modelo EFQM introduce autoevaluaciones realizadas por el personal de la organización y análisis del funcionamiento de la misma, todos ellos, componentes más subjetivos pero que sirven para que la propia empresa, tomando como marco normativo la norma ISO, pueda crear sus propios mecanismos de mejora (Álvarez, Álvarez, & Bullón, 2006).

La implantación de las normas ISO ha supuesto innegablemente una extrapolación de una nueva cultura empresarial en la que el cliente, en este caso los usuarios y familiares de Centros Residenciales, son el centro de la actividad de la empresa. Esta norma ha establecido unos límites compartidos, de obligado cumplimiento, hasta entonces poco instaurados. Además, ha incluido conceptos como el de mejora continua, la gestión del conocimiento que se tiene sobre las necesidades del sujeto al que va dirigida la actividad empresarial y ha dotado de cierto orden y sistematización a la práctica empresarial en este sector, a través de sistemas de funcionamiento como el Ciclo PDCA o Ciclo de Deming, (Álvarez, Álvarez, & Bullón, 2006), base de cualquier sistema de aseguramiento de calidad. Concretamente, la norma UNE-EN-ISO 9001 supone una norma de referencia. Este estándar ha sufrido diversas modificaciones desde su primera publicación, ya que incluye como premisa su revisión de forma periódica como parte de su objetivo general de mejora continua.

Los principios sobre los que se basa la norma, tal y como en la propia norma ISO 9000 se señala, son los siguientes (ISO 9000:2000, punto 0.2):

- 1) Organización enfocada al cliente. Las organizaciones dependen de sus clientes, y por tanto deberían comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacerlas y esforzarse por superar sus expectativas.
- 2) Liderazgo de la dirección. Los líderes establecen la orientación de la organización. Ellos también deben crear y mantener un clima interno, en el cual el personal pueda implicarse completamente con la consecución de los objetivos de la organización.

3) Participación del personal. El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización, y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la empresa.

4) Enfoque basado en procesos. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionados se gestionan como un proceso. Los procesos clave deben de ser identificados, sistematizados y relacionados entre ellos.

5) Enfoque de sistema para la gestión. Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y la eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

6) Mejora continua. La mejora continua del desempeño global de la organización debe ser permanentemente un objetivo. Con el fin de sistematizar la mejora continua puede utilizarse el ciclo PDCA o ciclo Deming ⁵ en todos los procesos de la organización.

7) Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones. Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y de la información necesaria.

8) Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor. Una organización y sus proveedores son interdependientes y, por ello, una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor. El carácter beneficioso de la relación debe aplicarse también a los proveedores internos de la propia organización.

Uno de los aspectos más innovadores que introduce en el campo de la gestión de centros residenciales es la responsabilidad de la alta dirección. Esta norma insiste en la importancia en la gestión de un recurso como es el humano y su formación. Cabe destacar además la inclusión de la “auditoría interna” como principal herramienta de autoevaluación (AENOR, 2010).

Por lo que respecta al modelo EFQM, hay que destacar como aportación positiva al ámbito de la atención social el concepto de gestión por procesos, ya que dota de una estructura que antes no estaba generalizada.

⁵El Ciclo Deming es una estrategia de mejora continua de la calidad procedente del ámbito empresarial, desarrollado por Walter A. Shewhart (Deming, 1989).

Como puede observarse en el gráfico 9, este modelo contiene 9 criterios: liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos, procesos, resultados en los clientes, resultados en las personas, resultados en la sociedad y resultados clave. Estos criterios se subdividen a su vez en subcriterios (32 en total), son la base del modelo y están intercomunicados e influidos, lo que facilita el proceso de evaluación y visibiliza las posibles fallas del sistema (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad , 2003).

La introducción de una misión, visión y unos valores, como ejes de la práctica profesional puede ser del todo positivo para resaltar aspectos de la propia ética de la intervención gerontológica, que si bien aparecen de manera transversal en todas las actuaciones, deben aparecer de manera explícita, compartida y de obligado cumplimiento para todas las personas que participan del día a día de un Centro Residencial (Álvarez, Álvarez, & Bullón, 2006).

Finalmente, este modelo incluye las autoevaluaciones como mecanismo de mejora continua. En ellas han de incluirse puntos fuertes y áreas de mejora. Tras incluir estas áreas de mejora el modelo añade un segundo paso que es la creación de un plan de mejora para convertir esas áreas en puntos fuertes. Este plan, a su vez, consta de un seguimiento continuado que debe quedar plasmado en una memoria. Todos ellos son mecanismos no sólo para evaluar el funcionamiento de una institución en un momento determinado, sino para resaltar lo que ya se hace bien, mejorar lo que no, y plasmar los avances para intentar que no se retroceda sobre ellos. Este aspecto es de fácil aplicación al campo social y permitirá completar las evaluaciones que hasta ahora se hacían, donde se hacía una evaluación final, normalmente anual, de las actividades llevadas a cabo por los centros, obviando en muchos casos el funcionamiento de la institución como conjunto, con todos los componentes de los que consta (Álvarez, Álvarez, & Bullón, 2006).

Gráfico 9: Estructura de la normativa EFQM de excelencia



Fuente: European Foundation for Quality Management

Por todo ello, no parece negativo per se la utilización de Modelos de Gestión de la Calidad como por ejemplo EFQM o las normas ISO. Existe un movimiento crítico con la inclusión de estos modelos en el campo psicosocial. El principal argumento de estos detractores es que consideran que la gran inversión realizada por parte de las Residencias para la implantación de estos modelos no se ha visto reflejada en un aumento de la calidad del servicio (Álvarez M. , 2007). La necesidad de una gestión eficaz es algo que no pueden obviar empresas de gestión de Centros Residenciales, si bien es cierto que este hecho no puede traer consigo una disminución de la calidad del servicio prestado. Es por esto, por lo que se hace necesario un modelo de atención compartido de calidad, que asegure no sólo la calidad de vida y el aumento de la esperanza de vida promovida por la OMS, sino que suponga el empoderamiento de estas personas a través de la participación directa como sujetos de su propio envejecimiento. Se trata de añadir a los objetivos empresariales los propios de la intervención social y hacer que estos se complementen de manera que podamos hablar de un concepto de calidad integrada, que incluya de manera equilibrada aspectos sociales y empresariales y que pueda suponer un aumento real de la calidad de vida de los residentes.

Otro sistema de gestión de la calidad específico para el sector lo constituye la Norma UNE 158001 (AENOR, 2007). Es una norma española, promulgada por AENOR⁶ y certificable, que incluye los requisitos mínimos que debe tener un centro residencial para que quede garantizada la calidad del servicio. Se basa en los siguientes principios:

- 1) Ética
- 2) Competencia y autonomía
- 3) Participación
- 4) Integridad
- 5) Individualidad
- 6) Independencia y bienestar
- 7) Especialización

Incluye además requisitos relacionados con gestión de los recursos humanos, gestión del centro, responsabilidad de los órganos directivos, infraestructuras, así como los sistemas de medición, análisis y posterior mejora (AENOR, 2000). Esta norma ha tenido varias revisiones con el fin de completar su contenido. Ha tenido muy poco desarrollo en la práctica en el contexto español.

Finalmente, hay que destacar el sello de calidad de la Joint Commission, que es una organización independiente, sin ánimo de lucro, que acredita y certifica cerca de 21.000 organizaciones y programas de salud en Estados Unidos. El Sello de Excelencia de la Joint Commission es reconocido a nivel internacional como símbolo de calidad y refleja el compromiso de la organización para cumplir con ciertos estándares de rendimiento. Esta organización describe su misión como la de "mejorar continuamente la atención de salud para los usuarios, en colaboración con otras partes interesadas, mediante la evaluación de las organizaciones de atención de salud e inspirarlos para destacar en la prestación de una atención segura y eficaz de la más alta calidad y valor"⁷. Es un sello de calidad que se aplica en su mayor parte al ámbito sanitario aunque ya tenemos ejemplos en España de Centros Residenciales para Personas Mayores que cuentan con dicha mención. Concretamente, a fecha de marzo de 2017, los Centros

⁶ Agencia Española de Normalización y Certificación

⁷ Para más información sobre esta organización: www.jointcommission.org

Residenciales acreditados en España por la Joint Commission son los siguientes (ver tabla 8). Como podemos ver son sólo seis centros de los cuales uno ha renunciado voluntariamente a la acreditación.

Tabla 8: Centros acreditados por la Joint Commision en España

| DENOMINACIÓN | FECHA ACREDITACIÓN |
|--|---|
| Centro Alzheimer Fundacion Reina Sofia | 26 de enero de 2017 |
| Residencia d'Avis d'Asco | 6 de noviembre de 2008 |
| Residencia Geriatrica Montsacopa | 29 de septiembre de 2005 |
| Llar Fundacion Torres Falguera | Retirada voluntariamente de la acreditación |
| Residencia D'Avis El Vilar | 7 de noviembre de 2008 |
| Residencia I Centre De Dia Fort Pienc | 24 de febrero de 2011 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Joint Commission⁸

La gran cantidad de exigencias que trae consigo esta norma, y que, en opinión de los profesionales, deja poco espacio para la introducción del "espíritu" de cada empresa puede ser la causa de la baja implantación de este sello en nuestro país, así como el elevado coste que supone el proceso: asesoramiento para la implantación, las evaluaciones externas periódicas, etc.

⁸ La Fundación para la Acreditación y Desarrollo Asistencial (FADA) es una organización sin ánimo de lucro creada en 2006 con la misión de promover la mejora de la calidad y de la seguridad en los servicios sanitarios y sociales mediante la aplicación de mecanismos de evaluación externa como la acreditación, la certificación, la evaluación externa de indicadores de calidad y otras actividades complementarias. Para alcanzar esta misión, la FADA establece alianzas con distintos grupos de interés, entre los que cabe destacar la alianza con la Joint Commission International para promover de forma conjunta actividades de acreditación. La FADA participa también en proyectos de investigación junto con los organismos acreditadores más relevantes de otros países europeos, con el fin de contribuir al desarrollo de los sistemas de evaluación y la calidad asistencial. En: <http://www.acreditacionfada.org>

También en este sentido ha habido una serie de modelos que podríamos llamar específicos que han tratado de implantar estándares de calidad en la atención con diferente aplicación en la práctica profesional. No son modelos de calidad en el mismo sentido que las normas anteriormente citadas, pero sí son modelos para la evaluación-autoevaluación de aspectos claves y directamente relacionados con la calidad de los servicios residenciales para Personas Mayores.

Uno de los primeros modelos desarrollados es el llamado SERA (Fernández-Ballesteros R. , 1996). Se trata de un modelo de evaluación centrado en los elementos ambientales y los personales. Este modelo describe con altos niveles de concreción estos elementos que intervienen en el día a día de las personas residentes y realiza escalas o inventarios para su posterior evaluación (Fernández-Ballesteros R. , 1996). Hay que destacar por su importancia el hecho de que este modelo añade en su evaluación las comparaciones entre la percepción del usuario y del personal. En su desarrollo enumera todos los elementos, los evalúa y luego interviene sobre ellos para mejorar la atención y la percepción de mejora que tienen los propios sujetos de la acción (Álvarez M. , 2007).

El SERA permite la descripción de contextos residenciales para Personas Mayores con posibilidad tanto de cuantificación como de análisis cualitativo de los diferentes aspectos contextuales (físicos y arquitectónicos, organizativos y de funcionamiento, de personal y residentes, así como de clima social) como personales (habilidades funcionales, satisfacción y necesidades). Permite establecer comparaciones normativas entre contextos residenciales y la elaboración de perfiles comparativos que nos da una visión global de las distintas realidades de los centros (Leturia, 2012). Además añade Leturia, que posibilita la orientación de los contextos residenciales con vistas a una modificación potencialmente necesaria y de cambio, así como la planificación de intervenciones con el fin de diseñar tratamientos e intervenciones sobre aquellos aspectos del contexto o personales que se consideren inadecuados. Por otra parte, permite el seguimiento a través del tiempo y la valoración de las acciones de mejora o programas de intervención implantados. Además, utiliza una serie de inventarios, escalas y cuestionarios que permiten un diagnóstico integral desde un punto de vista arquitectónico ambiental (Leturia, 2012).

Otro de los documentos que queremos destacar por su importancia dentro de las iniciativas llevadas a cabo por diferentes instituciones para mejorar la calidad de la atención a personas mayores institucionalizadas, es la Guía de Recomendaciones Prácticas para las Residencias de Personas Mayores: Los Derechos de las Personas y el Medio Residencial ¿Cómo hacerlos compatibles? (Centro de Documentación y Estudios SIIS, 2011). Este documento propone, en forma de recomendaciones prácticas, principios, criterios, ideas y pautas, que tiene como objetivo contribuir a compatibilizar los derechos y las necesidades de las personas mayores que viven en Residencias con los imperativos organizativos del medio residencial, atenuando sus contradicciones propias, en particular, la contraposición entre lo individual y lo colectivo, entre la esfera privada y la esfera pública, entre el ámbito residencial como lugar de vida y el ámbito residencial como lugar de trabajo (Leturia, 2012).

Otros de los llamados Modelos Específicos a destacar es el SERVQUAL. Este modelo fue desarrollado por Parasuraman Zeithmal y Berrystos como modelo conceptual de calidad del servicio junto con un instrumento para evaluarla llamado SERVQUAL (SERVice QUALity), (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988).

El SERVQUAL se fundamenta en la teoría de los gaps (the Gaps models of service quality), la cual explica las diferencias entre las expectativas de los clientes y aquello que realmente obtienen del servicio utilizado (Igami, 2005). El estudio exploratorio de estos investigadores ha sido considerado una innovación dentro del área de evaluación de servicios. El modelo SERVQUAL se fundamenta en la premisa de que todas las usuarias y usuarios de servicios poseen una expectativa de calidad del servicio que se les oferta. La diferencia entre la expectativa y la percepción se denomina gap (falla), y en ella reside la oportunidad para la mejoría del servicio (Igami, 2005). Después de años de refinamiento de su escala, el SERVQUAL utiliza actualmente cinco dimensiones de abordaje, destinadas a medir la diferencia entre la expectativa del usuario o usuaria y la satisfacción con el servicio (Igami, 2005).

A continuación analizamos el Modelo de Atención Centrada en la Persona de la Fundación Matía (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez, & Sancho, 2015). Se trata de un enfoque de atención internacionalmente reconocido como uno de los ejes que deben

estar presentes en una atención de calidad. Su objetivo es aumentar la calidad de la atención desde dimensiones relacionadas con la calidad de vida. La ACP se aleja de modelos de cuidados tradicionales donde se mide la calidad en términos de existencia o no de enfermedades y grados de dependencia y por condicionantes organizativos (lo que en ocasiones se ha denominado como modelos de atención centrada en los servicios) (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez, & Sancho, 2015). Este modelo implica también una visión de los mayores desde el reconocimiento de su valor y singularidad, que se centra en las capacidades de las personas frente a las limitaciones y que aboga por la autodeterminación de los individuos (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez, & Sancho, 2015).

Otro de los modelos destacables por aplicación en el contexto español es el Modelo de Garantía de Calidad Kalitatea Zainduz de la Fundación Eguía-Careaga. Fue en sus inicios una adaptación del Modelo HALFI, aplicado en Gran Bretaña, y al igual que éste sigue los postulados del énfasis en el respeto de los derechos de los residentes y en los aspectos cualitativos de la atención. (SIIS, 2009).

Otro de los Modelos Específicos destacables tanto por ser pionero como por constituir un modelo creado por una Administración Pública para mejorar la calidad de los servicios que presta, es la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (en adelante ACSA), organización pública adscrita a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y que recibe soporte de gestión de la Fundación Progreso y Salud⁹.

Su finalidad es la mejora de la calidad de los servicios que prestan las organizaciones y los profesionales sanitarios y de servicios sociales a través del llamado Modelo andaluz de Calidad. Para ello, se erige como entidad certificadora de la calidad de las organizaciones sanitarias y de servicios sociales, así como de sus profesionales, de la formación que estos reciben y de las páginas web de contenidos sanitarios (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015).

El programa de certificación de servicios residenciales está dirigido a residencias o viviendas que tienen una función sustitutoria del hogar familiar, de forma temporal o permanente, y prestan la atención requerida en función de las necesidades de las

⁹ Para más información sobre ACSA consultar en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>

personas (mayores, con discapacidad, menores del sistema de protección, etc.) (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015). El manual de referencia contiene un total de 104 estándares de calidad, estructurados en 11 criterios y 5 dimensiones. Para las entidades que presten servicios residenciales y de día compartiendo residentes o localidad, ACSA desarrolla estándares adicionales (incluidos en el anexo I del manual de estándares de servicios residenciales) (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015).

En cuanto a los datos de que se disponen sobre la aplicación de este estándar, podemos observar en la tabla 9 que un total de 38 residencias andaluzas tienen certificación ACSA vigente, de las cuáles 13 se encuentran en proceso de certificación, 1 tiene la calificación de óptima y 24 cuentan con la calificación "avanzada".

Tabla 9: Distribución provincial de procesos de certificación

| Estado | Nivel | AL | CA | CO | GR | HU | JA | MA | SE | Total |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| En curso | | - | 1 | 3 | 3 | 1 | 4 | 1 | - | 13 |
| Certificado vigente | Avanzada | 2 | 4 | 1 | 2 | - | 8 | 5 | 2 | 24 |
| | Optima | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 |
| Total^a | | 2 | 5 | 4 | 5 | 1 | 12 | 6 | 3 | 38 |

*excluye centros/unidades en curso que tienen una certificación vigente 'En reacreditación'.

Datos a fecha 01/01/2017

Fuente:

<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/informe/2016/T4/centros/ResidenciaCyU.html>

Si tenemos en cuenta que en Andalucía, en el año 2015, había un total de 672 Residencias para Personas Mayores entre públicas y privadas, la aplicación del estándar sigue siendo minoritaria. Si bien es cierto que, como decíamos con anterioridad, una de las características de la aplicación de Sistemas de Gestión de la Calidad al ámbito residencial en España es precisamente la heterogeneidad de modelos aplicados, dándose incluso la duplicidad de modelos en una misma residencia.

Entre las características de este modelo podemos destacar, como bien se observa en el gráfico 10, que el Manual de Estándares de Servicios Residenciales se estructura en cinco bloques y once criterios:

Cabe subrayar que el primero de los once criterios se define como "la persona como sujeto activo", lo que trae buena cuenta sobre la metodología en la que se basa esta normativa, que sitúa al residente en el centro de la organización.

Gráfico 10: Estructuración de los estándares del manual de servicios residenciales ACSA

| | |
|--|---|
| I. La persona, centro de la Organización | 1. La persona como sujeto activo |
| | 2. Accesibilidad y continuidad de la atención |
| | 3. Gestión de la documentación |
| II. Organización de la actividad centrada en la persona | 4. Gestión por procesos |
| | 5. Promoción de la calidad de vida |
| | 6. Dirección y planificación estratégica |
| III. Profesionales | 7. Desarrollo y formación de profesionales |
| IV. Procesos de soporte | 8. Estructura, equipamiento y proveedores |
| | 9. Sistemas y tecnologías de la información |
| V. Mejora continua | 10. Herramientas de calidad |
| | 11. Resultados del servicio residencial |

Fuente: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/informe/2016/T4/centros/ResidenciaCyU.html>

Finalmente, debemos destacar el documento 100 Recomendaciones Básicas para Fomentar la Calidad en Residencias de Personas Mayores (Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2004). Todas las características que reúne este documento son fruto del trabajo del grupo sobre “Criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores” de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (en adelante SEGG) que si bien no es un modelo en el sentido estricto de la palabra, tiene como objetivo sintetizar en cien, las recomendaciones para mejorar la calidad de las Residencias sistematizando aquellos aspectos que se consideran imprescindibles para que una residencia sea un lugar donde las personas que viven en ella, temporal o permanentemente, puedan disfrutar de una

vida cotidiana digna, en la que los derechos y las obligaciones están asumidas por todos, Personas Mayores y trabajadores. Esta herramienta nació con el objetivo de ofrecer una herramienta de autoevaluación que sirva de orientación y guía a responsables y trabajadores de Residencias y a los residentes y sus familias (Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2004).

Además de estos modelos, muchas de las grandes corporaciones empresariales del ámbito residencial, han desarrollado modelos propios para medir y gestionar la calidad que prestan a sus clientes. Por su importancia cuantitativa y por su veteranía en el sector hay que destacar el Manual y Protocolos Asistenciales en Residencias para Personas Mayores, publicado en el año 2002 por la Fundación SAR y Fundación Avedis Donabedian. En este documento se integra el proyecto de formación que se desarrolla en base a este manual de capacitación que contiene los protocolos y procedimientos para ofrecer una atención de calidad (SAR Fundación , 2002). En él se incluyen, en forma de protocolos, todas las áreas y variables que intervienen en la calidad del servicio, ofreciendo a su vez pautas concretas de actuación dentro de estos protocolos entre los que destacan los siguientes: Comunicación y relación, administración farmacológica, higiene personal e integridad cutánea y organización.

Por su parte, el Grupo EULEN, en su Manual Gestión Asistencial de Residencias para Mayores, contempla una valoración geriátrica integral de cada residente (clínica, funcional, mental y social), para analizar los grupos de población con diferentes grados de discapacidad o problemas. Esto permite aplicar programas de intervención y protocolos a una población definida. (población diana) (EULEN Servicios Sociales y Sanitarios, 2002).

Igualmente, aunque se traten de herramientas y no de modelos de gestión, tenemos que referirnos a los manuales de buenas prácticas y a las cartas de servicio, por la importancia que estas herramientas tienen o deben tener, en nuestra opinión, en el sector.

2.4. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA MEJORA DE LA CALIDAD: RELACIONES INTERPERSONALES, FORMACIÓN Y CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL

Como ya hemos analizado con anterioridad, Estados Unidos ha estado a la vanguardia en aplicación de la Gestión de la Calidad en el ámbito residencial en las últimas décadas, con la creación de las ya citadas normas ISO. En cuanto a Europa, además de la creación del sello EFQM, muchos países han ido desarrollando estándares propios para medir la calidad.

En el caso concreto de España, en la última década, la calidad desde la perspectiva del cliente de Residencias se ha convertido en un foco de creciente interés (Rodríguez, 2013). Tanto el Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) y el Foro Nacional de Calidad de EE.UU. (National Quality Forum, 2010) abogan por la participación de los receptores de atención como un elemento clave para mejorar la calidad (Levenson, 2009) pero España, además de ser un ejemplo de este cambio cultural cuenta con unas peculiaridades que bien pudieran extenderse a todo el contexto Mediterráneo.

Como destaca Rodríguez, la calidad de la atención en Residencias de Personas Mayores se ha evaluado tradicionalmente, sobretodo en el modelo norteamericano, a través del enfoque de Donabedian, utilizando los indicadores de estructura, proceso y resultados en la mayoría de los estudios (Castle & Ferguson, 2010). El punto de vista de los residentes se ha medido básicamente mediante el uso de cuestionarios que monitorean la satisfacción con la atención recibida (Johansson, Oléni, & Fridlund, 2002) (Chao & Roth, 2005); sin embargo, como defiende Rodríguez, la percepción de la calidad es un constructo más global del cuál la satisfacción podría ser una dimensión (Attree, 2001). La calidad de la atención es un constructo social que asume diferentes formas, dependiendo de la edad, el género, las características socioeconómicas y el nivel de salud (Castle & Ferguson, 2010), (Edwards & Titchen, 2003).

El uso exclusivo de encuestas para estudiar la calidad de la atención de la salud en general tiene alguna debilidad, incluyendo la tendencia a enmarcar las experiencias subjetivas de los protagonistas en categorías rígidas impuestas por los investigadores sobre la base de ideas preconcebidas (Edwards & Titchen, 2003).

Como defiende la propia Rodríguez, los estudios que incorporan la voz de los residentes para clarificar qué es calidad de la atención en residencias son escasos (Chao & Roth, 2005), (Bowers, Fibich, & Jacobson, 2001), (Koch, 1999) y ningún estudio se ha llevado a cabo en un escenario Mediterráneo, prevaleciendo un modelo familiar de compensación jerárquica cuando las personas escogen el tipo de sistema de cuidado que prefieren (Daatland & Herlofson, 2003), (Rogero- García J. , 2009).

Se ha llevado a cabo un estudio en Residencias de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha donde emergen las siguientes teorías que explican los patrones de relación entre los constructos que se plantean desde el discurso de los participantes: 1) los aspectos relacionados con las personas que prestan atención son el pilar de la atención de calidad 2) las competencias profesionales para la atención geriátrica son componentes de calidad pero las competencias emocionales se consideran más importantes que los aspectos del proceso de atención; 3) la percepción de la calidad de la atención de los participantes está altamente influenciada por las ideas tradicionales acerca de cómo proporcionar la mejor atención a las personas mayores; y 4) las conceptualizaciones de residencias son diferentes para los residentes que para los miembros de la familia del residente (Rodríguez-Martín, Martínez-Andrés, Cervera-Monteagudo, Notario, & Martínez-Vizcaíno, 2013).

Tal y como demuestra este estudio, para los usuarios de Residencias de Personas Mayores la calidad está relacionada con las siguientes variables: atención adaptada a las necesidades individuales, atención centrada en la persona, interés en el residente; contacto físico, capacidad de escucha; evitar la tendencia a considerar a los residentes como meros objetos; cercanía; recibir información sobre el cuidado; la empatía y simpatía y el respeto a sus valores, preferencias. Hay muchas voces que hacen hincapié en el respeto a la elección de los residentes, sin embargo, su capacidad de toma de

decisiones es a menudo pasada por alto por los administradores de cuidados a largo plazo.

Este estudio pone de manifiesto a su vez, una serie especificidades en el contexto español, por ejemplo el hecho de que los residentes atribuyan menos importancia a los aspectos técnicos de la atención que a la calidad de las relaciones humanas. Los puntos de vista de los profesionales hacen hincapié en los aspectos tangibles, como las necesidades físicas (Rodríguez-Martín, Martínez-Andrés, Cervera-Monteagudo, Notario, & Martínez-Vizcaíno, 2013).

En lo que sí coincide con estudios anteriores es en el hecho de que para los participantes los criterios de calidad interpersonal y técnica del proceso de atención prevalecen sobre ambos aspectos estructurales (los dispositivos, limpieza, independencia), y aspectos relacionados con el resultado (supervivencia, caídas, etc). (Rodríguez, 2013).

A pesar de estos resultados, al menos en España, la mayoría de las instituciones incluyen principalmente en su evaluación de la calidad ítems relacionados con cuestiones técnicas a través de los Estándares de Gestión de la Calidad ya descritos con anterioridad como las normativas ISO y el Modelo EFQM de Excelencia, mientras que por lo general, los aspectos interpersonales son ítems con un carácter más secundario. Entre las causas que esgrime la autora se encuentran el hecho de que la acreditación y evaluación de las instituciones públicas de atención a largo plazo en España han sido tradicionalmente muy similares a las de los servicios de salud, donde el equipamiento técnico juega un papel fundamental, y la voz de los clientes no es escuchada (Rodríguez, 2013).

En lo que respecta a la formación de los cuidadores profesionales, éste no parece ser un asunto importante para los residentes, aunque destaca que para los familiares de los residentes con deterioro cognitivo, los indicadores de capacitación del personal son elementos esenciales para la calidad de la atención en salud, destacando que unas mejores calificaciones pueden conducir a la mejora de las habilidades.

Otra variable asociada a la calidad de la atención es el número de profesionales sanitarios. En el contexto español destaca la consideración de que la seguridad laboral

del personal y la experiencia profesional son esenciales para la atención centrada en la persona y en la calidad de la atención ya que la rotación del personal se considera una barrera para una relación de confianza entre los residentes y los profesionales.

Tal y como defienden autores como Rodríguez, parece evidente que los estereotipos culturales pueden influir en las conceptualizaciones de la atención. En contraste con otros estudios realizados en países como EE.UU., donde la atención está más orientada al consumidor, y en el cual los sistemas formales de atención para las personas mayores son vistos comúnmente de forma positiva, los miembros de la familia se consideran los mejores proveedores de atención de las personas mayores y la institucionalización como la última opción de la atención. (Rodríguez, 2013). De acuerdo con esta conceptualización de la Residencia de Personas Mayores como un sustituto de la familia, los familiares exigieron en el mencionado estudio una mayor participación en la toma de decisiones sobre el cuidado de sus familiares. Como resultado, sus percepciones acerca de los aspectos relacionados con las personas que prestan la atención incluye una “relación familiar” basada en la cercanía, la atención centrada en la persona y el respeto a la autonomía del residente. Del mismo modo, en otros estudios, los residentes y profesionales afirman que el entorno de cuidado ideal es un ambiente hogareño (Rodríguez, 2013).

En opinión de los miembros de la familia, la calidad de la atención incluye la presencia de la atención de la salud las veinticuatro horas como otro de los pilares básicos de la calidad, pero ellos centraron la atención a la salud exclusivamente en los médicos y enfermeros y descuidaron otros componentes del equipo.

Tabla 10: Principales indicadores de calidad en España

| INDICADORES DE CALIDAD | | | |
|------------------------|--|---|--|
| | ESTRUCTURA | PROCESO | RESULTADO |
| ESPAÑA | <p>Recursos humanos: Ejemplo: Competencias emocionales, competencias técnicas y seguridad laboral del personal</p> <p>Protocolos de valoración integral de ingreso</p> <p>Recursos materiales: Condiciones arquitectónicas y de seguridad. Ejemplo: Señalización correcta en todo el centro que permita la fácil localización de las diversas áreas y servicios por parte de los residentes.</p> | <p>Cuidado de la salud. Ejemplo: Protocolos de atención a la incontinencia urinaria, fecal y programas de reentrenamiento vesical e intestinal.</p> <p>Rutinas de trabajo.</p> <p>Relaciones interpersonales: Personal- residentes</p> <p>Planes educativos. Según valoración previa de necesidades educativas.</p> | <p>Detección del riesgo de caídas: Programas de prevención de caídas</p> <p>Protocolos de prevención y atención a las úlceras por presión</p> <p>Revisión del tratamiento de residentes</p> <p>Programas de atención a familias</p> <p>Evaluación periódica de programas para el mantenimiento y mejora de la autonomía funcional, psíquica y socio-cultural</p> <p>Evaluación de la satisfacción del residente. Ejemplo: contactos del residente con su familia</p> <p>Existencia de instrumentos para la priorización de la ética en las intervenciones con residentes. Ejemplo: Protocolos concretos para residentes con déficits cognitivos.</p> |

Fuente: Elaboración propia

En el año 2001, investigadores del Netherland Institute of Health Services Research (NIVEL) y el Institute for Research in Extramural Medicine (EMGO) y el Departamento de Medicina Social de la Universidad de Ámsterdam, en Holanda realizaron una revisión sistemática, donde se identificaron un total de 21 estudios empíricos, para conocer el impacto real de la implementación de los Sistemas de Calidad en el proceso de cuidado, satisfacción y mejoras en la salud de usuarios de

Centros Residenciales para Personas Mayores. Estas actividades van desde la ejecución de guías, auditorías internas e incluso la creación de la figura del "defensor del residente". Estos autores distribuyeron los resultados de los estudios seleccionados en cinco áreas de calidad. Destacaban en su investigación que la opinión de los residentes raramente era utilizada para medir la efectividad de los Sistemas de Gestión de la Calidad (Wagner, van der Wal, Groenewegen, & de Baker, 2001). Su estudio no arrojaba resultados consistentes pero sí parecía esbozar una relación existente entre la formación adecuada y las guías y protocolos implementados podrían tener un efecto en los resultados de los residentes.

Entre las conclusiones a destacar de esta revisión, destacaron la necesidad de que las futuras investigaciones no se ciñeran únicamente a correlaciones seleccionadas de calidad sino que debieran incluir una aproximación tanto cualitativa como cuantitativa (multivariante y multinivel). Consideraban además, que los métodos usados para medir la calidad necesitaban cambiar (Wagner, van der Wal, Groenewegen, & de Baker, 2001).

2.5. HACIA UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN DE CALIDAD: MODELO DE CALIDAD INTEGRADA

Tras el desarrollo de los principales Modelos de Gestión de la Calidad podemos concluir que todos ellos han supuesto sin duda un avance significativo hacia lo que podríamos llamar la Calidad Integrada. Son el reflejo de un cambio de paradigma tanto en la cultura empresarial, como por ende, en la concepción de los servicios que se prestan en los Centros Residenciales para Personas Mayores (Rodríguez, 2011) Rodríguez (2011) señala la necesidad de un cambio de paradigma como consecuencia de los cambios sociales y el avance en las políticas públicas en este ámbito. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma en su Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud, publicado en 2015, la necesidad de realizar una atención integrada de todos los sistemas de salud y sociales que intervienen en la vida las Personas Mayores. Enmarcado en esta concepción de integrar todos los elementos que intervienen en la vida de las Personas Mayores nace el concepto de Calidad Integrada, que propone la necesaria combinación de los Sistemas de Gestión de la Calidad, que miden la calidad técnica y la calidad de los procesos que se dan en el entorno residencial, con la calidad de la atención que debe prestarse a los residentes. Se trata, como propone la OMS, de colocar al mayor en el centro de la intervención como sujeto autónomo, con capacidad de decidir sobre qué tipo de vida quiere tener incluso cuando cuenta con algún déficit cognitivo que le impida la total autonomía legal (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La OCDE (2011) afirma que se van a producir un aumento considerable en la demanda de servicios de larga duración para personas mayores, para ello, señala entre sus recomendaciones la necesidad de que los servicios se adapten a lo que desean las personas que los van a recibir, ya que deben ofrecer oportunidades para alcanzar un final de vida lleno de bienestar. Debemos cambiar la concepción de los mayores como sujetos de la intervención de los profesionales e ir un paso más allá. Conseguir que los mayores decidan sobre los procesos que van a regir el día a día de su vida y esto incluye las circunstancias de la institucionalización.

Si bien es cierto que muchos de los modelos citados anteriormente ya incluyen la necesidad de contar en los procesos de evaluación con la percepción del usuario, parece que se hace necesario un paso más hacia una calidad integrada en la atención residencial.

La propuesta de un Modelo de Atención compartido tiene como objetivo contribuir hacia esta dirección. Muchos autores como (Rodríguez, 2011) y entidades como la Fundación Eguia Careaga (Centro de Documentación y Estudios SIIS, 2011) alertan sobre la necesidad de adaptarse a próximos cambios sociales derivados de hechos como el aumento de la esperanza de vida, el debilitamiento de las redes de apoyo informales y en consecuencia de la necesidad de ofrecer servicios que atiendan Personas Mayores que se encuentren en situación de fragilidad o dependencia a través de la implantación de Modelos de Atención Integral.

Por su parte (Rodríguez , 2011) describe como uno de los componentes esenciales del modelo que propone, la Atención Centrada en la Persona. Entiende ésta como un paso más allá de la propia atención individualizada clásica que incluye la satisfacción de las necesidades detectadas y la adaptación de las características individuales como forma de estimulación y apoyo para lograr la participación activa de los mayores en su proceso de atención.

Esta y otras propuestas, suponen un paso más en la concepción del envejecimiento activo. Además, se hace necesario un Modelo de Gestión como los descritos anteriormente, que incluya el cumplimiento de estos principios para que no se supedite la aplicación de estos modelos a la “voluntad” de los centros y se convierta en un componente de obligado cumplimiento de la evaluación de la calidad de estos centros.

Como señalábamos anteriormente, las dos últimas décadas han sido testigo de una progresiva e innegable mejora en la Atención Residencial a las Personas Mayores, entre las cuales se incluye el afianzamiento de fórmulas de evaluación externa y la necesidad de introducir procesos de mejora continua de la calidad. En opinión de la Fundación Eguía-Careaga, esto contribuye a afianzar un hábito de permanente cuestionamiento y favorece la disposición al cambio (Centro de Documentación y Estudios SIIS, 2011).

El cambio más significativo que incluyen los modelos desarrollados por los autores en estos últimos años es situar de manera efectiva al mayor como centro de toda la intervención. Este cambio supone ir más allá de tomar en cuenta al mayor en la evaluación del centro a escala global u otras fases e incluirlo como sujeto activo en todas y cada una de las fases: gestión, evaluación y la propia atención.

Esta necesidad de inclusión activa del mayor en la creación y puesta en marcha de los modelos la encontramos en la propia definición de envejecimiento activo, como un proceso en el cuál los mayores ya no son sujetos de actividades sino creadores de su propio proceso de envejecimiento.

Esta nueva concepción de la atención a las personas mayores en el ámbito residencial, encuentra su génesis en la psicología humanista de Roger (Rogers, 1961). Este autor introduce una nueva concepción en la relación entre paciente y terapeuta, donde éste último, desde la aceptación y aprecio por ese otro ser humano y el reconocimiento de esa persona y su valor incondicional, independiente de su condición, de sus sentimientos o comportamientos. Ofrecerle respeto y aprecio hacia ella, aceptación de cada aspecto fluctuante de sí misma, ofrecer la seguridad de ser querido, es importante en la relación de ayuda. Así mismo el otro debe percibir el deseo que tenemos de comprenderlo, y una empatía continua.

Por otra parte, este modelo apuesta por el reconocimiento de la dignidad de todo ser humano, la búsqueda de la autodeterminación y la mayor independencia posible de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia como ejes que guíen su proceso de atención y en consecuencia contribuyan a la mejora de su calidad de vida y su bienestar subjetivo.

La aplicación de este nuevo modelo supone grandes cambios que deben ser graduales, y que afectan al funcionamiento diario de los centros residenciales.

Atendiendo a las principales áreas profesionales que trabajan en los centros, podríamos destacar los siguientes:

En lo que respecta al área de dirección-gerencia- recursos humanos, aplicar este modelo pasa por flexibilizar algunos protocolos o normativas para adaptarse a la individualidad de los residentes. Un gran estereotipo asociado a esta etapa vital consiste en considerar que las personas mayores son todas iguales por el hecho de ser mayores, o bien por compartir la misma dolencia o enfermedad. Por lo tanto la intervención debe ser particularizada.

En cuanto a la formación del personal que trabaja en residencias y como criterio para la elección de futuros trabajadores, resulta absolutamente fundamental que entiendan que son ellos los que tienen que ceder el protagonismo a los mayores siendo pasando a ser su función de guías a facilitadores. Algo tan trivial, y que empieza a ser permitido en muchas residencias y sigue prohibido en otras tantas, es el poder adaptar las habitaciones a sus gustos, traer al centro sus muebles o enseres personales y crear su propio espacio personal.

Por lo que respecta al personal técnico (psicólogos/as, trabajadores/as sociales, educadores/as sociales...) hay que procurar en las intervenciones directas utilizar un lenguaje adecuado, que facilite la comprensión del mayor.

Dentro de los instrumentos con los que cuentan estos profesionales para guiar y evaluar la atención prestada es necesario incluir mecanismos para ahondar la historia de vida de los usuarios para poder conocer sus gustos y preferencias.

Cuando nos referimos a las personas que tienen déficits cognitivos este enfoque debe persistir esta vez con la participación de los familiares y profesionales y algo que se nos olvida en muchas ocasiones y que resulta fundamental en la intervención: la observación de sus conductas habituales para conocer sus gustos, sus deseos. Un instrumento posible para registrar estas conductas son las fichas de observación.

Por otra parte, en la elaboración de la planificación de actividades del centro también hay que incluir a los mayores. Es cierto, que los centros tienen la obligatoriedad de ofertar actividades que respondan a las necesidades, gustos, preferencias y expectativas de los residentes pero hay que ir más allá e incluirlos en la toma de decisiones de las actividades que se van a llevar a cabo, escuchar de primera mano sus inquietudes e

incluso abrir espacio para que algunas actividades sean dirigidas por los propios usuarios, todo ello con el objetivo de contribuir al empoderamiento de las personas mayores usuarias de centros residenciales. En lo que respecta al personal de atención directa: auxiliares de geriatría, auxiliares de enfermería; ellos, como señala Álvarez, son los responsables en última instancia de la percepción del usuario sobre la calidad de vida en el centro (Álvarez, 2007).

En primer lugar, hay que velar porque se sistematicen las exigencias de títulos y formación de este tipo de personal porque existen demasiadas diferencias a nivel autonómico. En igual medida es necesario compartir los ratios de personal, para todos los profesionales que trabajan en centros residenciales, pero más aún para el personal auxiliar, responsable de la atención directa a residentes.

Teniendo en cuenta esta premisa, a niveles más concretos deben tenerse en cuenta las preferencias en cuanto a las ABVD (actividades básicas de la vida diaria) y adaptar, en la medida de lo posible, los hábitos de trabajo a las exigencias de los residentes, Martínez (2011). Por ejemplo, cuando hablamos de los horarios de ducha a menudo éstos les son impuestos a los residentes; podemos encontrarnos con personas que, por su trayectoria laboral estén habituadas a ducharse en la mañana, y se les imponga un horario de duchas por la tarde.

En este mismo sentido deben velar por la privacidad y la intimidad de las personas mayores, siendo preferible que las personas que les ayuden a realizar las ABVD sean siempre las mismas y en cierta manera “elegidas” por el usuario. Para eso es necesario aprovechar las afinidades que suelen surgir entre residente y personal auxiliar y evitar aquellas incompatibilidades evidentes, por ejemplo, en el caso de una residente que sienta un pudor irremediable a que un hombre le ayude a ducharse.

Los retos actuales en la intervención con mayores en Centros Residenciales pasan por la sistematización de estos criterios aseguradores de una atención de calidad unidos a otros modelos existentes de gestión y evaluación de los centros. La mejora de la calidad de vida del mayor debe ir unido al objetivo de conseguir un envejecimiento activo. Este último objetivo no debe verse mermado por situaciones de fragilidad o dependencia,

que por otra parte, son inherentes al proceso de envejecimiento. Para ello, se hace necesario volver a la concepción que planteaba Baltes (Baltes & Baltes, 1993) donde vejez y éxito no son contradictorios. La persona mayor obtiene también la posibilidad de construir activamente su vida y regularla. El principio de que las capacidades descienden, pero según el postulado de ganancias, estabilidad y pérdidas, la persona mayor dispone de unas reservas y recursos que pueden y deben ser movilizados.

BLOQUE 3: LA INVESTIGACIÓN: METODOLOGÍA

3.1. DESCRIPCIÓN GENERAL METODOLÓGICA

Se trata de una investigación con una metodología descriptiva, en la cual se utilizaron diferentes técnicas de recogida de información.

En primer lugar se utilizó la investigación bibliográfica y documental (IBD), técnica que garantiza la calidad de los fundamentos teóricos de la investigación. Esta técnica consta de un proceso sistemático y secuencial de recolección, selección, clasificación, evaluación y análisis de contenido del material empírico impreso y gráfico, físico y virtual que nos sirvió de fuente teórica, conceptual y metodológica para nuestra investigación.

En segundo lugar, se llevó a cabo un cuestionario cerrado. El instrumento, denominado CALCERIS001, se aplicó a través de un muestreo probabilístico estratificado en el cuál se seleccionaron residencias públicas, privadas y concertadas de todo el territorio español. Esta técnica estuvo dirigida en un primer momento a responsables de calidad de Residencias de Mayores. Dada la poca tasa de respuesta obtenida, se optó por un cambio metodológico optando por un muestreo aleatorio dirigido a través de la red LinkedIn a trabajadores de Residencias tanto públicas como privadas del territorio español. Su objetivo fue el de analizar las opiniones que las Residencias de Mayores de toda España tienen sobre los Sistemas de Gestión de la Calidad, tanto las que aplican alguno de ellos como los que no, así como conocer las causas de esta implantación o en el caso de los centros que no cuentan con ninguno, saber las razones por las que no los aplican. Otro de los objetivos a destacar fue el de conocer las características de los distintos modelos y la intervención de los mayores y sus familias en la implantación y evaluación de dichos sistemas.

En tercer lugar, la última técnica de recogida de información que se utilizó fue la entrevista en profundidad, a través de un instrumento denominado ENCALCERIS001. El objetivo fundamental de esta técnica fue conocer a través de informantes clave, representativos y privilegiados la realidad de la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad en los Centros Residenciales para Mayores tanto privados como públicos del contexto español. Concretamente, se persiguió una evaluación de los sistemas

implantados por parte de los responsables de su puesta en marcha incluyendo detalles pormenorizados del proceso de evaluación de éstos y el papel del mayor en todo el proceso además de conocer si esta apuesta por la calidad se tradujo en una mejora efectiva de la calidad en sus centros.

Posteriormente, se procedió a realizar un análisis de los datos alcanzados a través de las tres técnicas descritas anteriormente. Tras este análisis, se procedió a la descripción de los resultados obtenidos de estos datos.

Finalmente, se elaboraron las conclusiones de la investigación. Por un lado, las conclusiones por técnicas de recogida de información, resultantes de la comparación de los resultados con cada una de las hipótesis planteadas en las diferentes técnicas y por otra parte, las conclusiones finales, resultado de la comparación de los resultados con las hipótesis de la propia investigación.

3.2. PLANIFICACIÓN TEMPORAL

La propuesta de investigación que planteamos ha tenido como objetivo realizar un diagnóstico de la implantación de los sistemas de gestión de la calidad en los Centros Residenciales para Personas Mayores en España.

Para tal fin, se realizó la siguiente planificación temporal (ver tabla 11):

3.2.1. FASE I

En primer lugar se realizó una primera fase metodológica que abarca todo el estudio previo a la elaboración de los instrumentos de recogida de información. Esta fase duró desde abril de 2015 hasta abril de 2016.

Primeramente se realizó una definición de conceptos en la cuál se realizó un análisis pormenorizado de las variables que queríamos medir a través de la búsqueda bibliográfica. Esta fase se inició en abril de 2015 y se extendió en el transcurso de esta primera y de la segunda fase, hasta abril de 2016.

Durante esta fase también se realizó un estudio de profesionales, tarea por la cuál se realizó una revisión de los estudios realizados sobre la definición e implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores.

Además de ello, se realizó un análisis bibliográfico de las publicaciones relacionadas con la calidad como concepto, su aplicación al ámbito de la acción social y de manera más concreta al de la gerontología.

Finalmente, en esta fase se realizó el diseño de los instrumentos con la acotación de variables marcada por la definición previa de conceptos. Esta tarea de diseño comenzó en enero de 2016 y se extendió hasta abril de 2017.

Para este análisis previo tanto de los profesionales, estudios y análisis bibliográfico se utilizaron bases de datos científicas. La base de datos de referencia fue SCOPUS, sobre la cuál se realizaron las búsquedas para el estudio de profesionales y análisis de estudios. Para la búsqueda bibliográfica se utilizó también la biblioteca de la Universidad Pablo de Olavide.

3.2.2. FASE II

La segunda fase metodológica de esta investigación abarcó el desarrollo y aplicación de las técnicas de recogida de información diseñadas previamente. Esta fase se desarrolló desde mayo de 2016 hasta diciembre de 2016.

En primer lugar, se procedió a la puesta en marcha del protocolo de aplicación de los cuestionarios. Esta subfase abarcó desde mayo de 2016 a febrero de 2017.

Este protocolo consistió en una toma de contacto previa con los Centros Residenciales para Personas Mayores por Comunidades Autónomas solicitando su colaboración para la cumplimentación de nuestro instrumento (CALCERIS 001) sobre la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad en España. Tras este primer contacto se procedió al envío del cuestionario para su cumplimentación a través de Google Drive.

Tras la baja tasa de respuesta de esta metodología, se procedió a un cambio de planteamiento ya que muchos trabajadores nos habían comentado su negativa a incluir datos de identificación de sus centros. Puesto que nuestro instrumento trataba de obtener resultados generales, consideramos viable la posibilidad de aportarle anonimato al

instrumento. Por esta razón, realizamos solicitudes de colaboración en la cumplimentación de CALCERIS001 a través de la red LinkedIn a distintos profesionales que trabajan en Centros Residenciales para Personas Mayores en España, tanto públicos como privados.

El proceso de tabulación de los cuestionarios se realizó entre marzo y abril de 2017 a través del programa de tratamiento estadístico SPSS.

La segunda técnica de recogida de información utilizada fue la entrevista en profundidad a responsables de calidad de Centros Residenciales para Personas Mayores. La aplicación de esta técnica se extendió desde septiembre de 2016 a febrero 2017.

Se realizó una solicitud formal a un total de 7 responsables de calidad de Centros Residenciales para Personas Mayores por todo el territorio español. Cinco de las siete solicitudes obtuvieron una respuesta positiva. La selección se realizó por tipología de centros y de titularidad, primando aquellas organizaciones que operan en todo el territorio para obtener muestras representativas de todas las Comunidades Autónomas.

La tabulación de los datos de las entrevistas se realizó entre enero y marzo de 2017. Para la categorización de las variables de las entrevistas se utilizó el programa de software libre Weft-QDA¹⁰. Este programa nos permitió la categorización en variables analíticas de las entrevistas realizadas responsables de calidad de los centros residenciales para personas mayores. Esta categorización se llevó a cabo entre enero y marzo de 2017.

3.2.3. FASE III

Finalmente la fase III de esta investigación se desarrolló durante los meses de marzo y abril de 2017.

En esta fase se llevó a cabo en primer lugar el análisis e interpretación de los resultados obtenidos por las diferentes técnicas de recogida de información aplicadas. Una vez

¹⁰ El programa WeftQDA es un programa de software libre creado por Alex Fenton, Antropólogo Social, investigador asociado del Centro de Planeamiento Urbano de Cambridge e investigador en el Centro de Análisis de la Exclusión Social en la Escuela de Economía de Londres.

realizado este análisis, se procedió a la descripción de las diferentes interpretaciones estadísticas de dichos resultados y las posteriores conclusiones.

Finalmente, se procedió a la comparación de estos resultados con cada una de las hipótesis tanto generales como específicas planteadas previamente en esta investigación.

LA CALIDAD INTEGRADA: ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA.



Tabla 11: Cronograma de Gantt

| FASES | FASE I | | | | | | | | | | | | | FASE II | | | | | | | | FASE III | | | |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|---------|---------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|--------|
| MESES | ABR'15 | MAY'15 | JUN'15 | JUL'15 | AGOS'15 | SEPT'15 | OCT'15 | NOV'15 | DIC'15 | ENER'16 | FEB'16 | MAR'16 | ABR'16 | MAY'16 | JUN'16 | JUL'16 | AGOS'16 | SEPT'16 | OCT'16 | NOV'16 | DIC'16 | ENER'17 | FEB'17 | MAR'17 | ABR'17 |
| SEMANAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEFINICIÓN DE CONCEPTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DISEÑO DE INSTRUMENTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTUDIO DE PROFESIONALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUESTIONARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TABULACIÓN DATOS CUESTIONARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TABULACIÓN DATOS ENTREVISTAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONCLUSIONES FINALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia

3.3. LAS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Las técnicas de investigación utilizadas han sido tres. En primer lugar se utilizó la Técnica de Análisis Bibliográfico y Documental (ABD), que supuso el punto de partida para el análisis de la bibliografía y nos permitió realizar un recorrido sobre el impacto de esta bibliografía en el mundo académico y las áreas científicas que más han analizado este fenómeno.

En segundo lugar, y con el objetivo de obtener conocimiento, información y opinión sobre las distintas formas de medir y evaluar la calidad en Centros Residenciales de Personas Mayores tanto de carácter privado como público en el contexto español se elaboró un cuestionario cerrado, y estructurado que pretende conocer a través de informantes clave, representativos y privilegiados la realidad de la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad en los Centros Residenciales para Personas Mayores tanto privados como públicos del contexto español. Es una metodología cuantitativa que tiene como objetivo la aproximación a la posible validación de la hipótesis inicial.

En tercer lugar, la última técnica de recogida de información que se utilizó fue la entrevista en profundidad. Para ello se realizaron una serie de entrevistas a responsables de calidad de distintas entidades del territorio español con el objeto de obtener conocimiento, información y opinión sobre las distintas formas de medir y evaluar la calidad en centros residenciales de personas mayores tanto de carácter privado como público en el contexto español.

3.3.1. TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DOCUMENTAL DE MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Esta primera técnica de recogida de información aplicada consistió en la realización de un análisis bibliográfico pormenorizado que nos sirvió como punto de partida para discriminar todos aquellos trabajos que han resultado clave para entender la génesis, desarrollo e implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad. Además de servir como punto de partida para el análisis de la bibliografía nos permitió realizar un

recorrido sobre el impacto de esta bibliografía en el mundo académico y las áreas científicas que más han analizado este fenómeno.

3.3.1.1. INSTRUMENTO DE TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DOCUMENTAL

En el proceso de recolección de información para la construcción del objeto de investigación se hace necesaria la investigación bibliográfica y documental (IBD), garantizando la calidad de los fundamentos teóricos de la investigación.

Esta técnica consta de un proceso sistemático y secuencial de recolección, selección, clasificación, evaluación y análisis de contenido del material empírico impreso y gráfico, físico y virtual que nos ha servido de fuente teórica, conceptual y metodológica para nuestra investigación.

3.3.1.2. OBJETIVOS DE LA TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DOCUMENTAL

1. Conocer la realidad teórica de los Sistemas de Gestión de la Calidad y su aplicación a los Centros Residenciales para Personas Mayores.

1.1. Analizar el impacto científico de los Sistemas de Gestión de la Calidad aplicados a los Centros Residenciales para Personas Mayores.

1.2. Conocer los Índices de impacto de las publicaciones relacionadas con los Sistemas de Gestión de la Calidad aplicados a los Centros Residenciales para Personas Mayores.

2. Analizar las características de los diferentes Sistemas de Gestión de la Calidad aplicados a los Centros Residenciales para Personas Mayores.

2.1. Establecer los indicadores de medición de la calidad de los diferentes Sistemas de Gestión de la Calidad analizados.

3.3.1.3. HIPÓTESIS DE LA TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DOCUMENTAL

1. La calidad de la atención es entendida en los modelos de gestión de la calidad como necesidades médicas y necesidades básicas de salud de los residentes, quedando en un segundo plano las necesidades de tipo psicosocial y las educativas.

1.1. La atención psicosocial en la gestión de la calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores tiene una importancia cuantitativa menor que la atención médico-sanitaria.

2. La evaluación de la calidad en los Sistemas de Gestión de la Calidad de Centros Residenciales para Personas Mayores es medida según la satisfacción de los residentes clientes.

3. La participación de los residentes y/o sus familias en la creación e implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad tiene un carácter secundario en los Modelos de Gestión de la Calidad.

4. La implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores se traduce en una mayor calidad de la gestión.

3.3.1.4. VARIABLES DE LA TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DOCUMENTAL

A continuación se detallan en la tabla 12 las variables analizadas en la técnica de investigación bibliográfica y documental.

Tabla 12: Variables de la Técnica de Investigación Bibliográfica y Documental

| VARIABLES | | |
|--|--|--|
| VARIABLES DEPENDIENTES | DESCRIPCIÓN / CONCEPTO | VARIABLES INDEPENDIENTES |
| CV001 CALIDAD DE LA ATENCIÓN “QUALITY CARE” | Esta variable nos permite conocer la definición que la bibliografía existente ha realizado del concepto de calidad de la atención. | CV001 |
| CV002 GESTIÓN DE LA CALIDAD “QUALITY MANAGEMENT” | Esta variable nos permite conocer las diferentes formas de medir la calidad según los postulados de los sistemas de gestión de la calidad. | CV002.1 A través de un Modelo de Gestión de la Calidad CV002. 2 Se mide de manera transversal, integrando la calidad como un objetivo de cada intervención CV002.3 Se mide con certificación AENOR. CV002.4 La medición se hace a petición de la Entidad Pública. |
| CV003 “LONG- TERM FACILITY” | Esta variable comprende todos los recursos residenciales para personas mayores | CV003. |
| CV004 PERSONAS MAYORES | Con esta variable nos referimos a todas las personas mayores de 65 años. | CV004.1 Persona mayor CV004.2 Persona no mayor |

| | | |
|---|--|--|
| CV005 "QUALITY INDICATORS" | Se refiere a los indicadores a través de los cuáles medimos la calidad de los centros. | CV005.1 CV005.2 CV005.3 |
| CV006 CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | Esta variable nos permite conocer las características positivas con las que considera que cuenta su forma de medir la calidad. | CV006.1 Permite planificación de intervención CV006.2 Supone un ahorro económico para la entidad CV006.3 Prevee posibles fallos en la intervención CV006.4 Corrige posibles fallos en la intervención CV006.5 Nos permite evaluar la intervención CV006.6 Genera pautas a seguir para la mejora de la intervención CV006.7 Ayuda a la coordinación del personal, estableciendo protocolos de actuación previos CV006.8 Supone un gasto importante para nuestra entidad CV006.9 Tener implantado un estándar de calidad se traduce en un aumento potencial de clientes/usuarios |

| | | |
|--|---|---|
| CV007 | | |
| TIPO DE EVALUACIÓN DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | Esta variable nos da a conocer qué tipo de evaluación se realiza en la entidad. | CV007.1 Interna CV007.2 Externa CV007.3 Mixta |
| CV008 | | |
| ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD MIDEN LOS SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD | Esta variable nos permite identificar las variables que miden los Sistemas de Evaluación de la Calidad. | CV008.1 Accidentes CV008.2 Comportamiento y habilidades emocionales CV008.3 Gestión clínica CV008.4 Habilidades cognitivas CV008.5 Eliminación/incontinencia CV008.6 Control de infecciones CV008.7 Nutrición/Alimentación CV008.8 Manejo del dolor CV008.9 Funciones físicas CV008.10 Uso de fármacos y psicotrópicos CV008.11 Calidad de vida CV008.12 Cuidado de la piel CV008.13 Competencias emocionales del personal CV008.14 Competencias técnicas del personal CV008.15 Condiciones arquitectónicas CV008.16 Condiciones del material CV008.17 Relaciones |

| | | |
|---|--|---|
| | | <p>interpersonales de residentes</p> <p>CV008.18 Necesidades educativas de residentes</p> <p>CV008.19 Programa de atención a familias</p> <p>CV008.20 Evaluación de programas para el mantenimiento y mejora de la autonomía</p> <p>CV008.21 Evaluación de la satisfacción del residente</p> <p>CV008.22 Otro</p> |
| <p>CV009</p> <p>LA PARTICIPACIÓN DEL MAYOR EN LA PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD</p> | <p>Esta variable nos permite averiguar en qué medida intervienen los mayores en el proceso de puesta en marcha del sistema de gestión de la calidad.</p> | <p>CV009.1 Continúa como miembros en el equipo/comisión de Calidad</p> <p>CV009.2 Previa a través de cuestionario de evaluación</p> <p>CV009.3 Indirecta, a través de familiares</p> <p>CV009.4 No participan en el proceso</p> <p>CV009.5 Otro</p> |
| <p>CV010</p> <p>LA PARTICIPACIÓN DEL MAYOR EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD</p> | <p>Esta variable nos permite examinar en qué medida intervienen los mayores en el proceso de evaluación de la calidad.</p> | <p>CV010.1 Continúa como miembros en el equipo/comisión de Calidad</p> <p>CV010.2 Previa a través de cuestionario de evaluación</p> <p>CV010.3 Indirecta, a través de familiares</p> <p>CV010.4 No participan en el proceso</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | | CV010.5 Otro |
| CV011 PERIODICIDAD DE LAS EVALUACIONES EN LOS DIFERENTES MODELOS | Esta variable nos permite conocer con qué frecuencia estipulan los diferentes modelos que se realicen evaluaciones de los modelos de gestión de la calidad. | CV011.1 Anual CV011.2 BIANUAL CV011.3 Semestral CV011.4 Sin período determinado |

Fuente: Elaboración propia

3.3.1.5. PROTOCOLO DE IMPLEMENTACIÓN TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DOCUMENTAL

I: DEFINICIÓN DE FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

El primer paso lo constituyó la definición de los tipos de fuentes bibliográficas y documentales que se iban a utilizar. En este caso se utilizó como base de datos de referencia SCOPUS y como base de datos de referencia para libros de texto la Biblioteca de la Universidad Pablo de Olavide.

En segundo lugar, se realizó una clasificación de las fuentes bibliográficas y documentales en función de los siguientes criterios de selección:

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Los tres criterios de selección utilizados son: el criterio de la pertinencia, el criterio de la exhaustividad y el criterio de la actualidad.

Según el criterio de la pertinencia, las fuentes consultadas deben ser acordes con el objeto de investigación y con sus objetivos, en tanto en cuanto aportar conocimientos, enfoques, teorías, conceptos y/o experiencias significativas para fundamentar la propia investigación.

El criterio de la exhaustividad significa que las fuentes consultadas deben ser todas las fuentes posibles, necesarias y suficientes para fundamentar la investigación, sin excluir ninguna que aporte a los fines de ésta, permitiendo así una enumeración y/o clasificación de las fuentes consultadas, de acuerdo a sus objetivos específicos.

El criterio de actualidad, a su vez, implica que las fuentes consultadas deben ser lo suficientemente actuales como para asegurar que reflejan los últimos avances de la disciplina, los más recientes hallazgos de la ciencia y/o los antecedentes empíricos más pertinentes referidos a sucesos ocurridos en el pasado reciente o en el presente. La tabla 13 describe los diferentes criterios utilizados en las búsquedas realizadas.

Tabla 13: Criterios de búsqueda Scopus

| BÚSQUEDAS SCOPUS | |
|---|-------------------|
| BÚSQUEDA | RESULTADOS |
| QUALITY+INDICATORS+NURSING+HOMES | 185 |
| QUALITY+MANAGEMENT+NURSING+HOMES | 149 |
| QUALITY+CARE+INDICATORS+LONG+TERM+ELDERLY | 29 |

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14: Criterios de limitación búsquedas Scopus

| LIMITACIÓN DE BÚSQUEDAS SCOPUS | |
|--------------------------------|--|
| AÑOS | 2010 A 2017 |
| IDIOMA | INGLÉS ESPAÑOL FRANCÉS CATALÁN |
| ÁREA CIENTÍFICA | CIENCIAS SOCIALES PSICOLOGÍA PROFESIONES DE LA SALUD MEDICINA ENFERMERÍA |
| TIPO DE DOCUMENTO | ARTÍCULO EDITORIAL REVISIÓN PAPER |
| TIPO DE PUBLICACIÓN | REVISTAS CONFERENCIAS LIBROS |

Fuente: Elaboración propia

III: PROCEDIMIENTO DE REGISTRO

El tercer paso de este protocolo lo constituyó el procedimiento de registro de las fuentes consultadas, conforme a las normas de referenciamiento APA.

3.3.1.6. MUESTRA DE LA TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DOCUMENTAL

La muestra de esta última técnica la han constituido todas aquellas publicaciones, que tras ser filtrados por los criterios expuestos con anterioridad, han requerido del análisis posterior para determinar la existencia de las variables contempladas.

3.3.2. INSTRUMENTO CUESTIONARIO CALCERIS001

La técnica de recogida de información que se ha utilizado ha sido el cuestionario cerrado. Para ello se realizó un muestreo probabilístico estratificado en el cuál se seleccionaron residencias públicas, privadas y concertadas de todo el territorio español.

Se trata de un cuestionario cerrado y estructurado que pretende conocer a través de informantes clave, representativos y privilegiados la realidad de la implantación de los sistemas de gestión de la calidad en los Centros Residenciales para Personas Mayores tanto privados como públicos del contexto español. Es una metodología cuantitativa que tiene como objetivo la aproximación a la posible validación de la hipótesis inicial.

El instrumento se aplicó a través de un instrumento para crear formularios de google en línea. Esta aplicación permite crear instrumentos de recogida de información y compartirlos con destinatarios de correo que a su vez pueden cumplimentarlo en línea, recibiendo los resultados a tiempo real.

El cuestionario se envió vía correo electrónico a las distintas residencias y éstas pudieron cumplimentarlo en línea de manera que la respuesta llegó a tiempo real. Además se utilizó la aplicación LinkedIn para el envío personalizado de cuestionarios a distintos profesionales que trabajan en Residencias de Personas Mayores de todo el territorio español. El procedimiento seguido fue el del envío a través de mensaje privado personal del texto elaborado para el envío vía correo electrónico, adjuntando a su vez el enlace para la cumplimentación del cuestionario. El instrumento estaba programado

para que los destinatarios sólo pudieran cumplimentarlo una sola vez y no pudieran editar las preguntas que se le planteaban. La herramienta a su vez, contaba con una serie de preguntas que el sistema identifica como obligatorias como pueda ser el tipo de titularidad de la entidad: pública, privada, concertada, etc.

3.3.2.1. OBJETIVOS DEL CUESTIONARIO

3.3.2.2.1. OBJETIVO GENERAL

Obtener conocimiento, información y opinión sobre las distintas formas de medir y evaluar la calidad en Centros Residenciales de Personas Mayores tanto de carácter privado como público en el contexto español.

3.3.2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer las características específicas de los Sistemas de Gestión de la Calidad implantados.
2. Conocer las ventajas de estos modelos con respecto al resto.
3. Saber cómo definen los modelos el concepto de calidad.
4. Saber en qué consisten las evaluaciones de los modelos por parte de la organización.
5. Conocer si todas las áreas profesionales intervienen en los procesos de puesta en marcha y evaluación.
6. Conocer el papel que juegan los residentes en el proceso de puesta en marcha y evaluación de los Sistemas de Gestión de la Calidad.
7. Identificar qué variables miden dichos Sistemas de Gestión de la Calidad.
8. Conocer qué peso tienen las distintas áreas en los modelos (médica, sanitaria, psicosocial, gerencia, dirección...)
9. Saber si la puesta en marcha de los Sistemas de Gestión de la Calidad va acompañada de un programa de formación dirigida a todos trabajadores de la organización.

10. Conocer si ha habido una mejora efectiva en la calidad de las organizaciones tras la puesta en marcha de los Sistemas de Gestión de la Calidad.
11. Conocer la temporalidad de la evaluación de los Sistemas de Gestión de la Calidad.
12. Saber si la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad se ha traducido en planes de mejora de la calidad en los centros.
13. Saber si la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad ha supuesto un sobre coste para las organizaciones.
14. Determinar si, de haber habido costes extras, estos son interpretados como una inversión por parte de las organizaciones o por el contrario como gastos.

3.3.2.2. HIPÓTESIS

1. La calidad de la atención es entendida en los Modelos de Gestión de la Calidad como necesidades médicas y necesidades básicas de salud de los residentes, quedando en un segundo plano las necesidades de tipo psicosocial y las educativas.
2. En los Modelos de Gestión de la Calidad implantados en los Centros Residenciales para Personas Mayores en España se le concede un papel más importante a la valoración de aspectos médico-sanitarios que a los aspectos psicosociales.
3. La participación de los residentes y/o sus familias en la creación e implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad sólo se da en la evaluación de dichos sistemas.
4. El área de dirección interviene más que el resto de áreas en el proceso de implantación de los modelos de gestión de la calidad.
5. La eficacia de los Modelos de Gestión de la Calidad de Centros Residenciales para Personas Mayores es medida en términos de satisfacción del cliente.

6. La implantación de Modelos de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores se traduce en una mayor calidad efectiva en los centros.

7. Existe escasa o nula formación del personal de centros residenciales en materia de calidad.

3.3.2.3. VARIABLES DE CALCERIS 001

A continuación se detallan en la tabla 15 las variables analizadas a través del instrumento CALCERIS001. Además de la variable dependiente, se realiza una descripción de la misma y se especifican las variables independientes asociadas.

Tabla 15: Variables del instrumento CALCERIS001

| VARIABLES | | |
|--|---|--|
| VARIABLES DEPENDIENTES | DESCRIPCIÓN / CONCEPTO | VARIABLES INDEPENDIENTES |
| CV001 NÚMERO DE CUESTIONARIO | Esta variable nos permite identificar el orden de los cuestionarios para un análisis cuantitativo posterior. | CV001 |
| CV002 TITULARIDAD DE LA ENTIDAD | La identificación de esta variable nos permite enumerar las diferentes tipologías de las entidades privadas del ámbito residencial para personas mayores. | CV002.1 Pública CV002.2 Privada CV002.3 Concertada CV002.4 Otro |

| | | |
|---|--|--|
| CV003 DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD | Esta variable nos expone las distintas nomenclaturas de los recursos residenciales para personas mayores. | CV003.1 Residencia de personas mayores CV003.2 Centro de Día para personas mayores CV003.3 Unidad de estancia diurna CV003.4 Otro |
| CV004 MEDICIÓN DE LA CALIDAD | En el momento actual de incremento de las exigencias con respecto a la calidad dirigido a los recursos para mayores se hace necesario conocer el grado de importancia que las entidades dan a este elemento fundamental de la intervención social con personas mayores. La variable mide si existe o no medición de la calidad en su centro. | CV004.1 A través de un Modelo de Gestión de la Calidad CV004.2 Se mide de manera transversal, integrando la calidad como un objetivo de cada intervención CV004.3 Se mide con certificación AENOR CV004.4 La medición se realiza sólo a petición de la Entidad Pública CV004.5 No se mide la calidad en la entidad |
| CV005 POR QUÉ DE LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD | Esta variable dependiente nos permite conocer las razones por las cuáles la entidad considera necesario medir la calidad en su intervención. | CV005 |
| CV006 CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | Esta variable nos permite distinguir las características positivas con las que considera que cuenta su forma de medir la calidad. | CV006.1 Permite planificación de intervención |

| | | |
|--|---|---|
| | | <p>CV006.2 Supone un ahorro económico para la entidad</p> <p>CV006.3 Prevee posibles fallos en la intervención</p> <p>CV006.4 Corrige posibles fallos en la intervención</p> <p>CV006.5 Nos permite evaluar la intervención</p> <p>CV006.6 Genera pautas a seguir para la mejora de la intervención</p> <p>CV006.7 Ayuda a la coordinación del personal, estableciendo protocolos de actuación previos</p> <p>CV006.8 Supone un gasto importante para nuestra entidad</p> <p>CV006.9 Tener implantado un estándar de calidad se traduce en un aumento potencial de clientes/usuarios</p> <p>CV006.10 Otro</p> |
| <p>CV007</p> <p>TIPO DE EVALUACIÓN</p> | <p>Esta variable nos permitirá saber qué tipo de evaluación se realiza en la entidad.</p> | <p>CV007.1 Interna</p> <p>CV007.2 Externa</p> <p>CV007.3 Mixta</p> |

| | | |
|---|--|---|
| CV008 ÁREAS/DEPARTAMENTOS IMPLICADOS EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD | Nos permite diferenciar el grado de participación en el proceso de evaluación de cada área profesional del centro. | CV008.1 Médica CV008.2 Sanitaria CV008.3 Psicosocial CV008.4 Dirección CV008.5 Gerencia CV008.6 Otro |
| CV009 LA PARTICIPACIÓN DEL MAYOR EN LA PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD | Esta variable nos permite conocer el tipo de evaluación con el que cuenta el centro. | CV009.1 Continúa como miembros en el equipo/comisión de Calidad CV009.2 Previa a través de cuestionario de evaluación CV009.3 Indirecta, a través de familiares CV009.4 No participan en el proceso CV009. 5 Otro |
| CV010 LA PARTICIPACIÓN DEL MAYOR EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD | Esta variable nos permite conocer cómo ha sido la participación de las personas mayores en el proceso de evaluación del sistema de gestión de la calidad implantado. | CV010.1 Continúa como miembros en el equipo/comisión de Calidad CV010.2 Previa a través de cuestionario de evaluación CV010.3 Indirecta, a través de familiares CV010.4 No participan en el proceso CV010.5 Otro |
| CV011 PERIODICIDAD DE LA EVALUACIÓN | Esta variable nos permite saber con qué regularidad se ha realizado la evaluación del sistema de gestión de la calidad. | CV011.1. No cuenta con una evaluación de la calidad CV011.2 No cuenta con una |

| | | |
|--|---|---|
| | | <p>periodicidad establecida</p> <p>CV011.3 La periodicidad se establece con cada programa de evaluación que se implanta</p> |
| <p>CV012</p> <p>PESO DEL ÁREA MÉDICA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD</p> | <p>Esta variable nos permitirá saber la percepción sobre el papel que cada área debe jugar en la evaluación de la calidad de una entidad.</p> | <p>CV012.1 No interviene</p> <p>CV012.2 Interviene poco o muy poco</p> <p>CV012.3 Interviene</p> <p>CV012.4 Interviene mucho</p> <p>CV012.5 Tiene el papel fundamental en la evaluación de la calidad</p> |
| <p>CV013</p> <p>PESO DEL ÁREA SANITARIA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD</p> | <p>Esta variable nos permitirá saber la percepción sobre el papel que cada área debe jugar en la evaluación de la calidad de una entidad.</p> | <p>CV013.1 No interviene</p> <p>CV013.2 Interviene poco o muy poco</p> <p>CV013.3 Interviene</p> <p>CV013.4 Interviene mucho</p> <p>CV013.5 Tiene el papel fundamental en la evaluación de la calidad</p> |
| <p>CV014</p> <p>PESO DEL ÁREA PSICOSOCIAL EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD</p> | <p>Esta variable nos permitirá saber la percepción sobre el papel que cada área debe jugar en la evaluación de la calidad de una entidad.</p> | <p>CV014.1 No interviene</p> <p>CV014.2 Interviene poco o muy poco</p> <p>CV014.3 Interviene</p> <p>CV014.4 Interviene mucho</p> <p>CV014.5 Tiene el papel fundamental en la evaluación de la calidad</p> |
| <p>CV015</p> <p>PESO DE LA DIRECCIÓN EN LA</p> | <p>Esta variable nos permitirá saber la</p> | <p>CV015.1 No interviene</p> <p>CV015.2 Interviene poco o</p> |

| | | |
|--|--|---|
| EVALUACIÓN DE LA CALIDAD | percepción sobre el papel que cada área debe jugar en la evaluación de la calidad de una entidad. | <p>muy poco</p> <p>CV015.3 Interviene</p> <p>CV015.4 Interviene mucho</p> <p>CV015.5 Tiene el papel fundamental en la evaluación de la calidad</p> |
| <p>CV016</p> <p>PESO DE LA GERENCIA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD</p> | Esta variable nos permitirá saber la percepción sobre el papel que cada área debe jugar en la evaluación de la calidad de una entidad. | <p>CV016.1 No interviene</p> <p>CV016.2 Interviene poco o muy poco</p> <p>CV016.3 Interviene</p> <p>CV016.4 Interviene mucho</p> <p>CV016.5 Tiene el papel fundamental en la evaluación de la calidad</p> |
| <p>CV017</p> <p>ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD MIDE SU SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD</p> | Esta variable nos permitirá saber las variables que mide su Sistema de Evaluación de la Calidad. | <p>CV017.1 Accidentes</p> <p>CV017.2 Comportamiento y habilidades emocionales</p> <p>CV017.3 Gestión clínica</p> <p>CV017.4 Habilidades cognitivas</p> <p>CV017.5 Eliminación/incontinencia</p> <p>CV017.6 Control de infecciones</p> <p>CV017.7 Nutrición/Alimentación</p> <p>CV017.8 Manejo del dolor</p> <p>CV017.9 Funciones físicas</p> <p>CV017.10 Uso de fármacos y psicotrópicos</p> <p>CV017.11 Calidad de vida</p> <p>CV017.12 Cuidado de la piel</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | | <p>CV017.13 Competencias emocionales del personal</p> <p>CV017.14 Competencias técnicas del personal</p> <p>CV017.15 Condiciones arquitectónicas</p> <p>CV017.16 Condiciones del material</p> <p>CV017.17 Relaciones interpersonales de residentes</p> <p>CV017.18 Necesidades educativas de residentes</p> <p>CV017.19 Programa de atención a familias</p> <p>CV017.20 Evaluación de programas para el mantenimiento y mejora de la autonomía</p> <p>CV017.21 Evaluación de la satisfacción del residente</p> <p>CV017.22 Otro</p> |
| <p>CV018</p> <p>INFORMES DE EVALUACIÓN EMITIDOS</p> | <p>Esta variable nos permite saber si ha habido una evaluación del modelo implantado.</p> | <p>CV018.1 No se han hecho informes</p> <p>CV018.2 Se han hecho informes y se han evaluado</p> <p>CV018.3 Se han hecho, se han evaluado y se han puesto en marcha</p> <p>CV018.4 Otro</p> |
| <p>CV019</p> <p>GENERACIÓN DE PAUTAS DE MEJORA</p> | <p>Esta variable mide la existencia o no de pautas de mejora asociadas a las evaluaciones realizadas.</p> | <p>CV019.1 Sí</p> <p>CV019.2 No</p> <p>CV019.3 Otro</p> |

| | | |
|---|--|--|
| CV020 COSTE DE LA PUESTA EN MARCHA DEL MODELO | Con esta variable queremos saber si la implantación del modelo ha supuesto o no un coste para la entidad. | CV020.1 Sí CV020.2 No CV020.3 No sabe/no contesta CV020.4 Otro |
| CV021 PREVISIÓN DE COSTES DE IMPLANTACIÓN | A través de esta variable pretendemos conocer si, de haber costes, éstos estaban previstos por la entidad. | CV021.1 Sí CV021.2 No CV021.3 No sabe/no contesta CV021.4 Otro |
| CV022 TRADUCCIÓN DE COSTES EN MEJORA EFECTIVA DE CALIDAD | Con esta variable medimos la opinión percibida sobre si la implantación de los sistemas de gestión de la calidad han supuesto o no una mejora de la calidad. | CV022.1 Sí CV022.2 No CV022.3 No sabe/no contesta CV022.4 Otro |
| CV023 FORMACIÓN RECIBIDA POR ÁREAS PROFESIONALES | Mediante esta variable pretendemos conocer qué profesionales han recibido formación específica sobre calidad. | CV023.1 Gerencia CV023.2 Dirección CV023.3 Área psicocial CV023.4 Área médica CV023.5 Área sanitaria CV023.6 Ningún profesional CV023.7 Otro |
| CV024 CALIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN RECIBIDA | A través de esta variable queremos conocer, en el caso de haber recibido formación, cómo la califican. | CV024.1 Muy completa CV024.2 Completa CV024.3 Suficiente CV024.4 Insuficiente |

Fuente: Elaboración propia

3.3.2.4. PROTOCOLO DE IMPLEMENTACIÓN DEL INSTRUMENTO

En primer lugar se realizó un registro de la muestra en el cuál aparecerán reflejados los datos de contacto de cada centro. El primer contacto se realizó por vía telefónica con los responsables de calidad de cada centro seleccionado. En la llamada telefónica nos identificamos como investigadores y solicitamos su colaboración para rellenar vía telemática un cuestionario acerca de la calidad. Debíamos a su vez, preguntar por el nombre de la persona responsable o responsables de calidad en dicha entidad, que son los encargados de completar dicho instrumento. Finalmente, se les requirió un correo electrónico para poder enviarles dicho cuestionario.

En segundo lugar, completamos cada e-mail que debíamos enviar a las entidades añadiendo en el asunto "A/A, el nombre de la persona encargada de calidad y "cuestionario sobre calidad para investigación nacional". En dicho mail debía aparecer el siguiente texto:

" Tal y como hemos acordado vía telefónica, las adjunto el breve cuestionario sobre la gestión de la calidad en centros residenciales para personas mayores. Se trata de un cuestionario breve, que forma parte de una tesis doctoral cuyo objeto es analizar la realidad de la calidad en el entorno residencial en nuestro país. Le agradecemos de antemano su participación.

El tiempo de que se dispone para procesar la información y tabular los resultados no es mucho. Por ese motivo, se le solicita que el cuestionario sea devuelto lo antes posible. La duración estimada para la cumplimentación de dicho cuestionario es de 3 minutos y se ha estimado como plazo final para que éste sea remitido a la Universidad el....

Finalmente, le recordamos que los datos que facilite serán tratado de forma confidencial y anónima".

Posteriormente a la fecha máxima estipulada para la entrega se procedió a analizar los resultados obtenidos, ampliando, en los casos en que fue necesario, la muestra inicial para lo cuál tuvimos que proceder a iniciar este protocolo.

Al realizar el análisis de los resultados se observó que la tasa de respuesta era muy baja por lo que se decidió realizar un cambio metodológico. Las razones de la baja tasa de respuesta la encontramos en los testimonios de algunos de los encuestados que mostraban reticencias a aportar datos de identificación de sus centros, por lo que optamos por concederle anonimato a la muestra. De esta manera, realizamos un envío a través de la plataforma LinkedIn, donde contactamos con trabajadores de residencias de toda España solicitando la cumplimentación de nuestro instrumento. La tasa de respuesta del cuestionario alcanzó los niveles esperados tras esta modificación metodológica.

3.3.2.5. MUESTRA

Se trata de un instrumento creado para medir la evaluación de la calidad en los centros residenciales para mayores públicos y privados en el contexto español. En el territorio español existen en la actualidad 5.390 centros residenciales en España de los cuales 1475 cuentan con plazas de titularidad pública, 3.863 corresponden a residencias con plazas de titularidad privada y un total de 52 de las que no se disponen datos sobre el tipo de titularidad de dichas plazas. Se trata de un muestreo probabilístico estatificado por lo que teniendo en cuenta el total de residencias se van a realizar un total de 359 cuestionarios.

Para ello se han tenido en cuenta los siguientes datos:

n = tamaño muestra

z = nivel de confianza 95%= 1.96

p = variabilidad negativa=(.50)

q = variabilidad positiva= (.50)

N = tamaño de la población 5390

d = error máximo de estimación= 10,0%

La fórmula es la siguiente:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_0 = p^*(1-p)^* \left[\frac{z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right]^2$$

Considerando que el 2 = cuadrado de tal manera que: $z^2 = z$ al cuadrado, para resolver la fórmula se requiere de una tabla que dará la cantidad del nivel de confianza; escogemos el 95% de confianza, que es el que suele aplicarse a las ciencias sociales, esto será igual a .95, se divide entre 2 el resultado es .4750 lo que equivale en la tabla a 1.96. De tal manera que la fórmula sustituida quedaría:

$$n = 94$$

El índice de respuesta del cuestionario CALCERIS001 ha sido del 68,08%, ya que nuestra muestra incluía 94 respuestas y se recibieron 64.

Se pretende analizar la visión de la entidad sobre las hipótesis de partida así como las personas responsables de la calidad de dicha organización.

En cuanto al tipo de entidad, el instrumento irá dirigido tanto a centros residenciales privados como públicos, incluyendo toda la variedad de circunstancias administrativas recogidas por la legislación estatal: pública, pública con gestión privada, privada, privada con plazas concertadas con la administración.

La razón de esta selección se deriva del hecho de que este instrumento pretende conocer tanto la visión de las residencias públicas que cuentan con todo un sistema de auditoría y exigencias con respecto a la calidad, como de las entidades privadas que no se sienten obligadas por imperativo legal a cumplir con unos cánones de calidad (dícese las inspecciones y evaluaciones que lleva a cabo la Administración) y para las cuáles la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad requiere de una inversión económica propia y por lo tanto de una apuesta firme por la calidad como elemento indispensable para llevar a cabo una intervención efectiva.

Para lograr una muestra significativa, la aplicación del instrumento fue a nivel estatal, con una representación de todas las 17 Comunidades Autónomas que componen el territorio español a través del testimonio de los diferentes profesionales que trabajan en

Residencias para Personas Mayores. La selección de centros se realizó con el mismo número de centros públicos que privados sin tener en cuenta si estos centros cuentan o no con un modelo de gestión de la calidad. La razón de esta elección es evitar que haya una sobrerrepresentación de centros que aplican dichos modelos y que conocemos que son en su mayoría de titularidad privada.

Tabla 16: Centros Residenciales en España según titularidad

| TOTAL DE CENTROS RESIDENCIALES | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|---------|-----------------------------|
| COMUNIDADES AUTÓNOMAS | CON PLAZAS PÚBLICAS | CON PLAZAS PRIVADAS | SIN DATOS DE TITULARIDAD | TOTALES | PORCENTAJE TOTAL ESPAÑA (%) |
| ANDALUCIA | 156 | 516 | 0 | 672 | 12.46 |
| ARAGÓN | 80 | 190 | 16 | 286 | 5.30 |
| PRINCIPADO ASTURIAS | 41 | 169 | 2 | 212 | 3.93 |
| ISLAS BALEARES | 28 | 33 | 1 | 62 | 1.15 |
| ISLAS CANARIAS | 45 | 44 | 11 | 100 | 1.85 |
| CANTABRIA | 9 | 44 | 2 | 55 | 1.02 |
| CASTILLA Y LEÓN | 174 | 473 | 1 | 648 | 12.02 |
| CASTILLA LA MANCHA | 273 | 217 | 0 | 490 | 9.09 |
| CATALUÑA | 164 | 851 | 2 | 1017 | 18.86 |
| COMUNIDAD VALENCIANA | 68 | 217 | 0 | 331 | 6.14 |

| | | | | | |
|----------------------------|-----|-----|----|-----|-------|
| EXTREMADURA | 160 | 75 | 0 | 235 | 4.35 |
| GALICIA | 53 | 213 | 0 | 266 | 4.93 |
| COMUNIDAD DE MADRID | 72 | 402 | 5 | 479 | 8.88% |
| REGIÓN DE MURCIA | 11 | 46 | 0 | 57 | 1.05 |
| C.F. NAVARRA | 36 | 48 | 0 | 84 | 1.55 |
| PAIS VASCO | 94 | 252 | 12 | 358 | 6.64 |
| LA RIOJA | 9 | 23 | 0 | 32 | 0.59 |
| C.A. CEUTA | 1 | 3 | 0 | 4 | 0.07 |
| C.A. MELILLA | 1 | 1 | 0 | 2 | 0.03 |

Fuente: Elaboración propia

Mapa 1: Distribución de Centros Residenciales para Personas Mayores en España



Fuente: Elaboración propia

3.3.3. ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

La técnica de recogida de información que se utilizó fue la entrevista en profundidad. Para ello se realizaron una serie de entrevistas a responsables de calidad de distintas entidades del territorio español.

3.2.3.1. OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

3.3.3.1.1. OBJETIVO GENERAL

Obtener conocimiento, información y opinión sobre las distintas formas de medir y evaluar la calidad en centros residenciales de personas mayores tanto de carácter privado como público en el contexto español.

3.3.3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer las características específicas de los Sistemas de Gestión de la Calidad implantados.
2. Conocer las desventajas o inconvenientes, si los hubiera, para una entidad la puesta en marcha de estos modelos.
3. Saber cómo definen los Sistemas analizados el concepto de Calidad.
4. Saber en qué consisten las evaluaciones de los Sistemas de Gestión de la Calidad por parte de la organización.
5. Conocer si todas las áreas profesionales intervienen en los procesos de evaluación.
6. Conocer el papel que juegan los residentes en la puesta en marcha y en la evaluación de los Sistemas de Gestión de la Calidad.
7. Identificar la importancia que concede la entidad a la participación del mayor y/o familias en el proceso de implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad y al proceso de evaluación de los mismos.

8. Identificar qué variables miden dichos Sistemas de Gestión de la Calidad.
9. Conocer qué peso tienen las distintas áreas en los modelos (médica, sanitaria, psicosocial, gerencia, dirección...).
10. Saber si la puesta en marcha de los Sistemas de Gestión de la Calidad va acompañada de un programa de formación dirigida a todos trabajadores de la organización.
11. Conocer si ha habido una mejora efectiva en la calidad de las organizaciones tras la puesta en marcha de los Sistemas de Gestión de la Calidad.
12. Saber si la puesta en marcha de los Sistemas de Gestión de la Calidad ha supuesto un aumento en la mejora de la calidad efectiva de su entidad.
13. Conocer la evaluación que se ha llevado a cabo de los Sistemas de Gestión de la Calidad.
14. Saber si la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad se ha traducido en planes de mejora de la calidad en los centros.
15. Conocer, si los hubiera, en qué consisten dichos planes de mejora de calidad.
16. Saber si la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad ha supuesto un sobrecoste para las organizaciones.
17. Determinar si, de haber habido costes extras, éstos son interpretados como una inversión por parte de las organizaciones o por el contrario como gastos.
18. Saber si la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad es interpretada como una inversión en publicidad de cara a la elección de los potenciales residentes de este centro en detrimento de otros.
19. Saber si consideran necesario un Sistema de Gestión de la Calidad compartido por parte de todos los Centros Residenciales del territorio español.
20. Conocer la realidad de la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad en su Comunidad Autónoma.

3.3.3.2. HIPÓTESIS DE LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

1. Todas las áreas profesionales que trabajan en Centros Residenciales para Personas Mayores no intervienen en igual medida en la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad.
2. La participación de los residentes y/o sus familias en la creación e implantación de Modelos de Gestión de la Calidad tiene un carácter secundario en dichos modelos.
3. La participación de los residentes y/o sus familias en la evaluación de Modelos de Gestión de la Calidad tiene un carácter secundario en dichos modelos.
4. La calidad de la atención es entendida en los Modelos de Gestión de la Calidad como necesidades médicas y necesidades básicas de salud de los residentes, quedando en un segundo plano las necesidades de tipo psicosocial y las educativas.
5. En los Modelos de Gestión de la Calidad implantados en los Centros Residenciales para Personas Mayores en España se le concede un papel más importante a la valoración de aspectos médico-sanitarios que a los aspectos psicosociales.
6. Existe escasa o nula formación del personal de Centros Residenciales en materia de calidad.
7. La formación que recibe el personal de los Centros Residenciales para Personas Mayores se centra en la persona/área técnica responsable directa de la calidad.
8. La implantación de Modelos de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores se traduce en una mayor calidad efectiva en los centros.
9. La implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad supone un sobre coste para las entidades.
10. Las entidades interpretan el coste de la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad como una inversión.
11. La implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores supone una inversión en publicidad para dicha entidad.

12. La implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores es interpretada por parte de las entidades como una mejora de la imagen del centro de cara a potenciales residentes.
13. Los centros que han implantado Sistemas de Gestión de la Calidad no consideran necesaria la existencia de un único modelo compartido de Gestión de la Calidad.

3.3.3.3. VARIABLES DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

A continuación, en la tabla 17, se enumeran las variables del instrumento ENCALCERIS001 junto con una descripción de la variable y las variables independientes asociadas a ella.

Tabla 17: Variables de la entrevista en profundidad

| VARIABLES DE LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD | | |
|---|---|--|
| VARIABLES DEPENDIENTES | DESCRIPCIÓN / CONCEPTO | VARIABLES INDEPENDIENTES |
| CV001 NÚMERO DE ENTREVISTA | Esta variable independiente nos permite identificar el orden de las entrevistas para un análisis posterior. | CV001 |
| CV002 FECHA | Esta variable independiente nos identifica el tiempo para controlar el orden de realización de las entrevistas. | CV002 |
| CV003 NOMBRE DE LA ENTIDAD | Nos permite saber a qué entidad pertenece el entrevistado. | CV003 |
| CV004 TITULARIDAD DE LA ENTIDAD | La identificación de esta variable nos permite conocer las diferentes tipologías de las entidades del ámbito residencial para Personas Mayores. | CV004.1 Pública CV004.2 Privada CV004.3 Concertada CV004.4 Otro |
| CV005 DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD | Esta variable nos permite averiguar las distintas nomenclaturas de los recursos residenciales para Personas Mayores. | CV005.1 Residencia de personas mayores CV005.2 Centro de Día para personas mayores CV005.3 Unidad de estancia diurna CV005.4 Otro |

| | | |
|--|--|---|
| <p>CV006</p> <p>MEDICIÓN DE LA CALIDAD</p> | <p>En el momento actual de incremento de las exigencias con respecto a calidad dirigido a los recursos para mayores se hace necesario conocer el grado de importancia que las entidades dan a este elemento fundamental de la intervención social con Personas Mayores. La variable mide si existe o no medición de la calidad en su centro.</p> | <p>CV006.1 A través de un Modelo de Gestión de la Calidad.</p> <p>CV006. 2 Se mide de manera transversal, integrando la calidad como un objetivo de cada intervención.</p> <p>CV006.3 Se mide con certificación AENOR.</p> <p>CV006.4 La medición se realiza sólo a petición de la Entidad Pública.</p> <p>CV006.5 No se mide la calidad en la entidad.</p> |
| <p>CV007</p> <p>RESPONSABLE DE CALIDAD</p> | <p>Esta variable dependiente nos permite saber si existe una persona asignada como responsable de calidad en la entidad.</p> | <p>CV007.1 Sí</p> <p>CV007.2 No</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>CV008</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</p> | <p>Esta variable nos permite discernir las características positivas con las que considera que cuenta su forma de medir la calidad.</p> | <p>CV008.1 Permite planificación de intervención</p> <p>CV008.2 Supone un ahorro económico para la entidad</p> <p>CV008.3 Prevee posibles fallos en la intervención</p> <p>CV008.4 Corrige posibles fallos en la intervención</p> <p>CV008.5 Nos permite evaluar la intervención</p> <p>CV008.6 Genera pautas a seguir para la mejora de la intervención</p> <p>CV008.7 Ayuda a la coordinación del personal, estableciendo protocolos de actuación previos</p> <p>CV008.8 Supone un gasto importante para nuestra entidad</p> <p>CV008.9 Tener implantado un estándar de calidad se traduce en un aumento potencial de clientes/usuarios</p> |
| <p>CV009</p> <p>ÁREAS/DEPARTAMENTOS IMPLICADOS EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD</p> | <p>A través de esta variable pretendemos conocer la implicación de las diferentes áreas en la evaluación de la calidad</p> | <p>CV009.1 Médica</p> <p>CV009.2 Sanitaria</p> <p>CV009.3 Psicosocial</p> <p>CV009.4 Dirección</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | | CV009.5 Gerencia CV009.6 Otro |
| CV010 LA PARTICIPACIÓN DEL MAYOR EN LA PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | Mediante esta variable queremos determinar el grado de participación de los residentes y/o su familiares en la puesta en marcha del Sistema de Gestión de la Calidad. | CV010.1 Continua como miembros en el equipo/comisión de Calidad. CV010.2 Previa a través de cuestionario de evaluación CV010.3 Indirecta, a través de familiares CV010.4 No participan en el proceso CV010. 5 Otro |
| CV011 LA PARTICIPACIÓN DEL MAYOR EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD | Mediante esta variable queremos determinar el grado de participación de los residentes y/o su familiares en la evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad. | CV011.1 Continua como miembros en el equipo/comisión de Calidad CV011.2 Previa a través de cuestionario de evaluación CV011.3 Indirecta, a través de familiares CV011.4 No participan en el proceso. CV011.5 Otro |
| CV012 PESO DEL ÁREA MÉDICA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD | Esta variable nos permitirá saber la percepción sobre el papel que el área médica debe jugar en la evaluación de la calidad de una entidad. | CV012.1 No interviene CV012.2 Interviene poco o muy poco CV012.3 Interviene CV012.4 Interviene mucho CV012.5 Tiene el papel fundamental en la |

| | | evaluación de la calidad |
|--|---|---|
| <p>CV013</p> <p>PESO DEL ÁREA SANITARIA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD</p> | <p>Esta variable nos permite saber la percepción sobre el papel que el área sanitaria debe jugar en la evaluación de la calidad de una entidad.</p> | <p>CV013.1 No interviene</p> <p>CV013.2 Interviene poco o muy poco</p> <p>CV013.3 Interviene</p> <p>CV013.4 Interviene mucho</p> <p>CV013.5 Tiene el papel fundamental en la evaluación de la calidad</p> |
| <p>CV014</p> <p>PESO DEL ÁREA PSICOSOCIAL EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD</p> | <p>Esta variable nos permitirá saber la percepción sobre el papel que el área psicosocial debe jugar en la evaluación de la calidad de una entidad.</p> | <p>CV014.1 No interviene</p> <p>CV014.2 Interviene poco o muy poco</p> <p>CV014.3 Interviene</p> <p>CV014.4 Interviene mucho</p> <p>CV014.5 Tiene el papel fundamental en la evaluación de la calidad</p> |
| <p>CV015</p> <p>PESO DE LA GERENCIA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD</p> | <p>Esta variable nos permitirá saber la percepción sobre el papel que el área de gerencia debe jugar en la evaluación de la calidad de una entidad.</p> | <p>CV015.1 No interviene</p> <p>CV015.2 Interviene poco o muy poco</p> <p>CV015.3 Interviene</p> <p>CV015.4 Interviene mucho</p> <p>CV015.5 Tiene el papel fundamental en la evaluación de la calidad</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>CV016</p> <p>PESO DE LA DIRECCIÓN EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD</p> | <p>Esta variable nos permitirá saber la percepción sobre el papel que el área de dirección debe jugar en la evaluación de la calidad de una entidad.</p> | <p>CV016.1 No interviene</p> <p>CV016.2 Interviene poco o muy poco</p> <p>CV016.3 Interviene</p> <p>CV016.4 Interviene mucho</p> <p>CV016.5 Tiene el papel fundamental en la evaluación de la calidad</p> |
| <p>CV017</p> <p>ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD MIDE SU SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD</p> | <p>Esta variable nos permitirá saber las variables que mide su Sistema de Evaluación de la Calidad.</p> | <p>CV017.1 Accidentes</p> <p>CV017.2 Comportamiento y habilidades emocionales</p> <p>CV017.3 Gestión clínica</p> <p>CV017.4 Habilidades cognitivas</p> <p>CV017.5 Eliminación/ incontinencia</p> <p>CV017.6 Control de infecciones</p> <p>CV017.7 Nutrición/ Alimentación</p> <p>CV017.8 Manejo del dolor</p> <p>CV017.9 Funciones físicas</p> <p>CV017.10 Uso de fármacos y psicotrópicos</p> <p>CV017.11 Calidad de vida</p> <p>CV017.12 Cuidado de la piel</p> <p>CV017.13 Competencias emocionales del personal</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | | <p>CV017.14 Competencias técnicas del personal</p> <p>CV017.15 Condiciones arquitectónicas</p> <p>CV017.16 Condiciones del material</p> <p>CV017.17 Relaciones interpersonales de residentes</p> <p>CV017.18 Necesidades educativas de residentes</p> <p>CV017.19 Programa de atención a familias</p> <p>CV017.20 Evaluación de programas para el mantenimiento y mejora de la autonomía</p> <p>CV017.21 Evaluación de la satisfacción del residente</p> <p>CV017.22 Otro</p> |
| CV018 FORMACIÓN EN CALIDAD | Con esta pregunta intentamos saber si ha habido un programa de formación previa en materia de calidad para los trabajadores de la entidad. | <p>CV018.1 Sí</p> <p>CV018.2 No</p> |
| CV019 IMPLANTACIÓN COMO MEJORA DE LA CALIDAD | Con esta variable pretendemos determinar si la implantación del sistema o sistemas de gestión de la calidad ha supuesto para el entrevistado una mejora efectiva de la calidad en su centro. | <p>CV019.1 Sí</p> <p>CV019.2 No</p> |
| CV020 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD | A través de esta variable queremos conocer si el sistema de gestión de la calidad implantado contempla una evaluación de la calidad. | <p>CV020.1 Sí</p> <p>CV020.2 No</p> |

| | | |
|---|--|--|
| CV021 EVALUACIÓN IGUAL A PLAN DE MEJORA DE CALIDAD | Mediante esta variable queremos saber si la evaluación del sistema ha traído consigo la elaboración de un plan de mejora de la calidad. | CV021.1 Sí CV021.2 No CV021.3 No sabe/no contesta CV021.4 Otro |
| CV022 SOBRECOSTE PARA ENTIDAD | A través de esta variable pretendemos conocer si la implantación de un sistema de gestión de la calidad ha supuesto un sobre coste para la entidad. | CV022.1 Sí CV022.2 No CV022.3 No sabe/no contesta CV022.4 Otro |
| CV023 COSTES PREVISTOS | A través de esta variable pretendemos conocer si, de haber costes, éstos estaban previstos por la entidad. | CV023. 1 Sí CV023. 2 No CV023. 3 No sabe/no contesta CV023. 4 Otro |
| CV024 MEJORA DE VISIBILIDAD | Queremos saber con esta variable si la implantación del sistema de gestión de la calidad se traduce en una mejora de la visibilidad comercial de la empresa para potenciales clientes. | CV024.1 Sí CV024.2 No CV024.3 No sabe/no contesta CV024.4 Otro |
| CV025 PESO DE VISIBILIDAD EN IMPLANTACIÓN | A través de esta variable queremos saber el peso que tiene la existencia de esta mejora de la visibilidad en la decisión de la implantación del modelo. | CV025.1 Ningún peso CV025.2 Algún peso CV025.3 Peso medio CV025.4 Es la razón |

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| | | fundamental de la implantación |
| CV026 OBLIGATORIEDAD DE SISTEMA DE GESTIÓN CALIDAD | Con esta variable pretendemos saber si considera que debería ser obligatorio para todas las entidades la implantación de algún sistema de gestión de la calidad. | CV026.1 Sí CV026.2 No |
| CV027 SITUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SU COMUNIDAD AUTÓNOMA | Queremos saber con esta variable si la implantación de sistemas de gestión de la calidad en España consta de mucha diferenciación geográfica. | |

Fuente: Elaboración propia

3.3.3.4. PROTOCOLO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Se trata de una entrevista en profundidad estructurada. Su objetivo es conocer a través de informantes clave, representativos y privilegiados la realidad de la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad en los Centros Residenciales para Mayores tanto privados como públicos del contexto español. Es una metodología que tiene como objetivo la aproximación a la posible validación de la hipótesis inicial.

El instrumento se aplicó de forma presencial y para ello utilizamos una grabadora para recoger el testimonio de los entrevistados y poder transcribirlo a posteriori.

3.3.3.5. MUESTRA DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Se trata de un instrumento creado para medir la evaluación de la calidad en los Centros Residenciales para Mayores públicos y privados en el contexto español. En el territorio español existen en la actualidad 5.390 centros residenciales en España de los cuales 1475 cuentan con plazas públicas, 3.863 corresponden a residencias con plazas privadas y un total de 52 de las que no se disponen datos sobre el tipo de plazas. Para ello se han seleccionado responsables de calidad de Centros Residenciales que se encuentran distribuidos por todo el territorio español. Por una parte, responsables de calidad de tres de las más importantes corporaciones empresariales residenciales, con Residencias a lo largo de toda la geografía española, y por otra, dos empresas que tienen la concesión de la gestión de Residencias públicas Municipales. Una a través de una Fundación situada en Cataluña y la otra de una pequeña cooperativa de trabajadores que gestiona una Residencia Municipal de un municipio de Sevilla.

Se pretende analizar la visión de la entidad sobre las hipótesis de partida así como las personas responsables de la calidad de dicha organización.

La razón de esta selección se deriva del hecho de que este instrumento pretende conocer tanto la visión de las Residencias Públicas que cuentan con todo un sistema de auditoría y exigencias con respecto a la calidad, como de las entidades privadas que no se sienten obligadas por imperativo legal a cumplir con unos cánones de calidad (dícese las inspecciones y evaluaciones que lleva a cabo la administración local) y para las cuáles la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad requiere de una inversión económica propia y por lo tanto de una apuesta firme por la calidad como elemento indispensable para llevar a cabo una intervención efectiva.

Para lograr una muestra significativa, la aplicación del instrumento será a nivel estatal, con una representación de todas las Comunidades Autónomas a través de grupos empresariales que operan en todo el territorio español. También se seleccionará un modelo de Residencia eminentemente pública y otro modelo privado de pequeña residencia gestionado a través de una cooperativa de trabajadores para recoger la heterogeneidad de fórmulas que presenta el recurso residencial.

La selección de centros se hará teniendo en cuenta si estos centros cuentan con un Sistema de Gestión de la Calidad. La razón de esta elección conocer la opinión de centros que aplican dichos modelos.

3.3.3.6. ENTREVISTA ESTRUCTURADA A RESPONSABLES DE CALIDAD DE CENTROS RESIDENCIALES

¿Puede decirnos cuál es su nombre?

¿Cuál es su función en la entidad?

¿Cuál es su formación sobre calidad?

¿Es usted el responsable de calidad de su entidad?

1. ¿Cuál es el nombre de su entidad?

2. Su entidad es de titularidad pública, privada o concertada?

3. ¿De qué tipo son las plazas que ofertan?

4. ¿Es usted la persona responsable de la Calidad en su centro?

5. Actualmente tienen ustedes implantado un sistema de gestión de la calidad, ¿podría definir las características fundamentales de dicho sistema?

6. En referencia a dicho sistema, señale las principales ventajas con las que cuenta su sistema con respecto a otros.

7. En el proceso que han llevado a cabo de implantación de dicho sistema, ¿qué papel han jugado los residentes y/o sus familias en el proceso de implantación y de evaluación?

8. Considera suficiente este grado de participación. ¿Por qué?

9. Volviendo al propio modelo, ¿podría definirme qué aspectos de la intervención mide su modelo?
10. En cuanto a la puesta en marcha y aplicación del modelo, ¿podría definirme el papel jugado por las distintas áreas o departamentos?
11. Dado que la realidad laboral se ve marcada por un porcentaje mayoritario de contratos temporales en detrimento del personal indefinido, ¿considera usted que la temporalidad imperante en nuestro mercado laboral puede afectar a la puesta en marcha de sistemas de gestión de la calidad en centros residenciales? En caso positivo, ¿en qué medida?
12. Continuando con lo referente al personal de las organizaciones. En su caso, ¿ha ido acompañado el proceso de implantación del sistema de gestión de la calidad de un programa de formación específica a todo el personal del centro?
13. ¿Considera necesaria su aplicación?
14. En lo referente a los resultados de la implantación de dicho sistema, ¿considera usted que dicha implantación se ha traducido en una mejora efectiva de la calidad en su centro?
15. En cuanto a la evaluación de dicho sistema, ¿Se ha llevado a cabo una evaluación del sistema?
16. ¿Podría describir en qué consiste esta evaluación?
17. ¿Dicha evaluación se ha traducido en la elaboración de un plan o planes de mejora de la calidad?
18. Las exigencias que trae consigo la implantación de los sistemas de gestión de la calidad, ¿han supuesto un sobrecoste para su entidad? En caso afirmativo, ¿estaban estos costes previstos con anterioridad?
19. De haber habido gastos imprevistos, ¿suponen estos un coste o una inversión desde su punto de vista?

20. En relación con el marketing y publicidad de su centro, ¿consideran que la implantación de sistemas de gestión de la calidad mejora la visión de su entidad de cara a la elección de centro por parte de potenciales residentes?
21. En caso afirmativo, qué peso tiene este hecho en la decisión de la implantación de dicho sistema?
22. Como ya sabrá, sólo un porcentaje de los centros residenciales en España cuentan con un sistema de gestión de la calidad, ¿considera usted que la legislación contemple la obligatoriedad de dichos sistemas para gestionar y evaluar la calidad en centros residenciales para mayores?
23. ¿Considera a su vez que debería haber un único modelo o estandar compartido o bien modelos propios elaborados por cada centro?

BLOQUE 4: RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO DOCUMENTAL

Para esta primer técnica de recogida de información se realizaron un total de tres búsquedas diferentes. La primera de ellas incluía los siguientes criterios:

QUALITY+INDICATORS+NURSING+HOMES

De esta búsqueda realizada se obtuvieron 185 resultados.

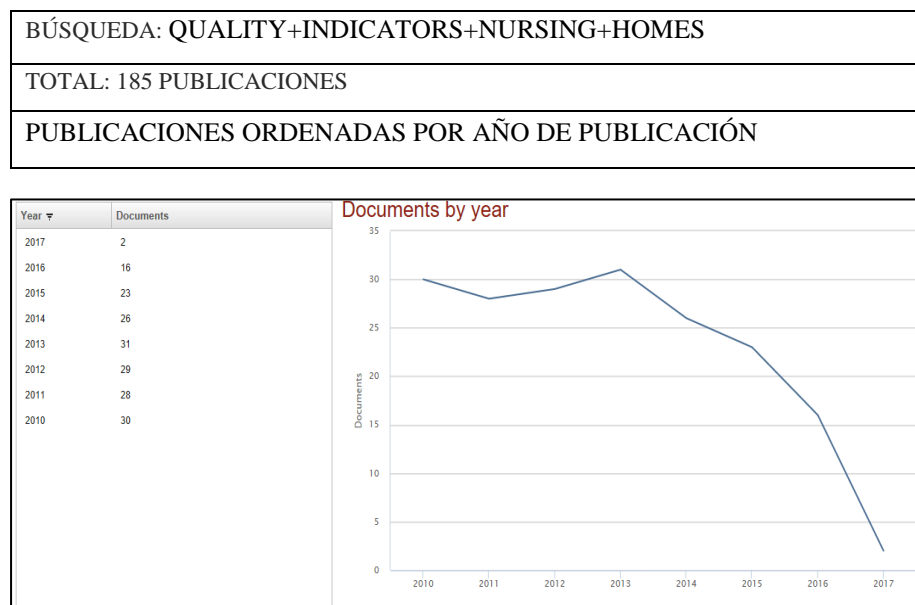
En primer lugar, por lo que respecta a los resultados según año de publicación cabe destacar que, como se ha señalado en el apartado referido a la muestra del instrumento, la búsqueda se limitó a los años 2010 a 2017, ambos inclusive.

Según este análisis, comprobamos que el año 2013 es el año con más número de publicaciones sobre la materia (31), seguido del año 2010 en el que se han realizado 30. El resto de años los datos se mantienen entre 23 y 30, exceptuando el año 2016 en el cuál ha habido únicamente 16 publicaciones.

De manera general, se trata de un número muy limitado de publicaciones sobre la materia, lo que nos puede dar buena cuenta de que se trata de una temática poco estudiada en la literatura científica.

Los resultados nos ofrecen un recorrido en declive, siendo el número de publicaciones sobre la materia en el año 2016 de 16 frente a las 31 del año 2013, lo que supone prácticamente la mitad de un año respecto al otro.

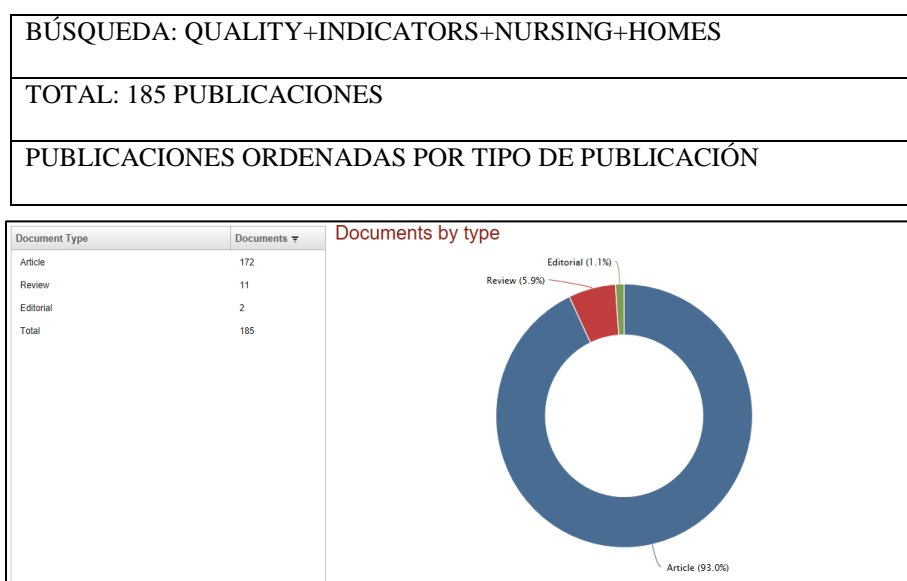
Gráfico 11: Búsqueda Scopus nº 1 por año de publicación



Fuente: Scopus, 2017

En cuanto a la división de las publicaciones por tipo de documento, 172 de los 185 documentos generados han sido artículos, tan sólo ha habido un total de 11 revisiones de artículos y 2 editoriales.

Gráfico 12: Búsqueda Scopus nº 1 por tipo de publicación



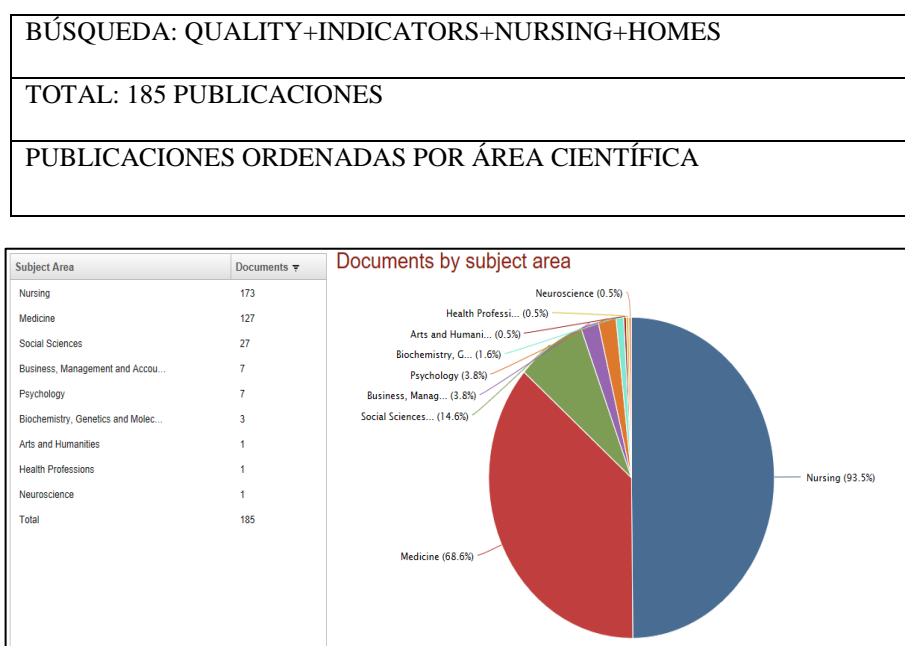
Fuente: Scopus, 2017

En lo referente a las áreas científicas en las cuales se enmarcan las publicaciones, tal y como se puede apreciar en el gráfico 13, un 93,5% pertenecen al campo de la enfermería, un 68,6% de la medicina. Cabe destacar que un 14,6% de los resultados obtenidos están enmarcados en las Ciencias Sociales. Finalmente, un 3,8% de las publicaciones están insertadas en la psicología.

Estos datos suponen que una gran mayoría de los artículos sobre indicadores de calidad en Residencias para Mayores han sido escritos desde la perspectiva del ámbito sanitario, lo que puede explicarse dado que ha sido la tradición médico-geriátrica la primera en diagnosticar la necesidad de implantación de indicadores que pudieran medir la calidad en las residencias para mayores.

Destaca también un porcentaje minoritario, aunque existente, de publicaciones enmarcadas dentro del campo de la "gestión de negocios", ya que, como sabemos, los actuales sistemas de gestión de calidad implantados proceden del campo de la gestión empresarial industrial.

Gráfico 13: Búsqueda Scopus nº 1 por área científica



Fuente: Scopus, 2017

La segunda de las búsquedas realizadas obtuvo en total 149 resultados. Los criterios utilizados fueron los siguientes:

QUALITY+MANAGEMENT+NURSING+HOME

En cuanto al número de publicaciones por año de esta búsqueda cabe resaltar, como se se destaca en el gráfico 14, el año 2010 como el año con mayor número de publicaciones, un total de 32, seguido del año 2013, con un total de 31 publicaciones. Destacan a su vez los años 2015 y 2016 por su bajo número de publicaciones (7 y 6 respectivamente).

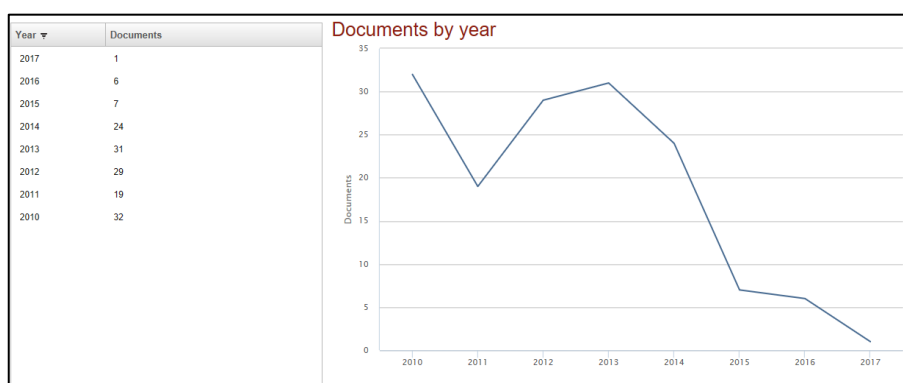
Estos resultados para contener una tendencia a la baja en la investigación sobre gestión de la calidad. Y es que observamos que a lo largo del año 2016 sólo se realizaron 7 publicaciones sobre esta temática. Estos datos, podrían explicarse en un contexto de crisis económica mundial, donde ha podido haber cierto retroceso en la implantación de los sistemas de gestión de la calidad, debido fundamentalmente al sobrecoste que esta implantación suele conllevar tanto para las empresas privadas de gestión residencial como para la propia administración.

Gráfico 14: Búsqueda Scopus nº 2 por año de publicación

BÚSQUEDA: QUALITY+MANAGEMENT+NURSING+HOMES

TOTAL: 149 PUBLICACIONES

PUBLICACIONES ORDENADAS POR AÑO DE PUBLICACIÓN

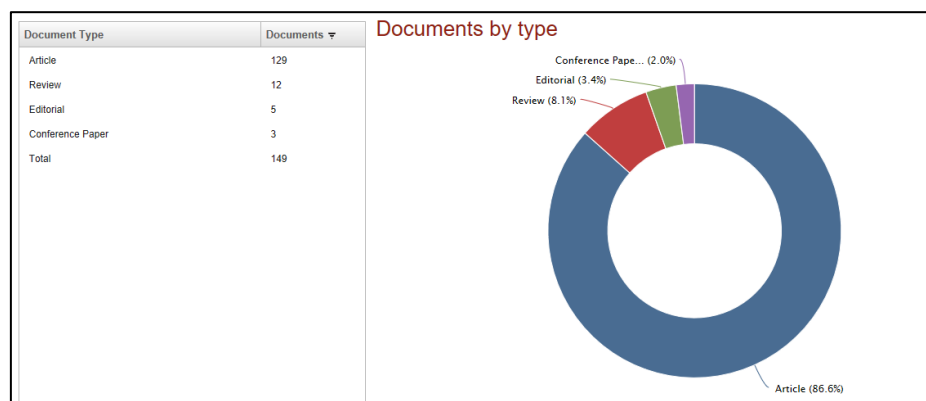


Fuente: Scopus, 2017

Por lo que respecta a los tipos de publicaciones de esta búsqueda, es destacable el porcentaje mayor de revisiones y editoriales, tal y como podemos observar en el gráfico 15, en detrimento de los artículos de revista. Además, aparece un nuevo tipo de publicación, la comunicación de conferencia. La aparición de éste último nos hace suponer la celebración de Congresos sobre la materia durante los años analizados, lo que nos hace suponer que ha habido un interés científico creciente sobre la materia, al contrario de lo que pudiera parecer en los datos totales sobre número de publicaciones por año.

Gráfico 15: Búsqueda Scopus nº 2 por tipo de publicación

| |
|---|
| BÚSQUEDA: QUALITY+MANAGEMENT+NURSING+HOMES |
| TOTAL: 149 PUBLICACIONES |
| PUBLICACIONES ORDENADAS POR TIPO DE PUBLICACIÓN |

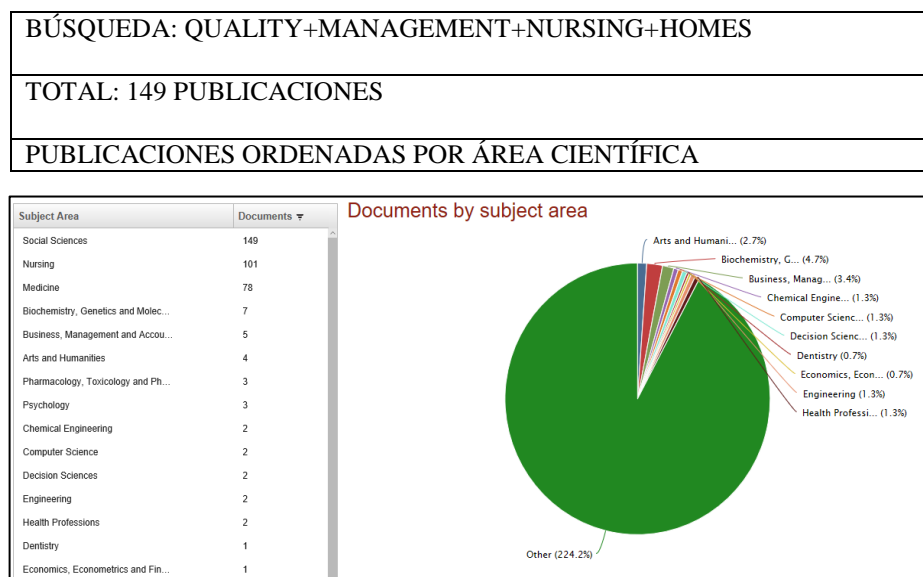


Fuente: Scopus, 2017

En lo que concierne al tipo de publicación, el gráfico 16 nos muestra que un 86,6% correspondió a artículos, un porcentaje algo menor que el que representaban en la primera búsqueda. Un 8,1% lo constituían las revisiones y como datos a destacar con respecto a la primera búsqueda un 3,4% lo formaban editoriales y como nuevo ítem, sin representación en la primera búsqueda, los paper de conferencias, que constituían un 2%.

Por lo que respecta a los resultados ordenados por al área científica en la que se insertan las publicaciones (ver gráfico 16), existen un total de 101 publicaciones del campo de la Enfermería, 78 de las publicaciones halladas pertenecen al campo de la Medicina y sólo 3 pertenecen al área de psicología.

Gráfico 16: Búsqueda Scopus nº 2 por área científica



Fuente: Scopus, 2017

La tercera búsqueda realizada se limitó a los siguientes parámetros:

QUALITY+CARE+INDICATORS+LONG+TERM+ELDERLY

En primer lugar habría que analizar los resultados referidos al año de publicación del documento (gráfico 17).

En este caso, los años 2013 y 2015 los que destacan por tener el mayor número de publicaciones (7 en ambos casos). En el resto, los valores son menores, resaltando a su vez el año 2010 por haber sólo una publicación con los criterios de búsqueda seleccionados y el 2016, con sólo 4 publicaciones.

Parece que, al igual que ocurre con las otras dos búsquedas, ha habido un recorrido a la baja en las publicaciones sobre la materia, destacando el repunte que se aprecia en el año 2015.

Gráfico 17: Búsqueda Scopus nº 3 por año de publicación



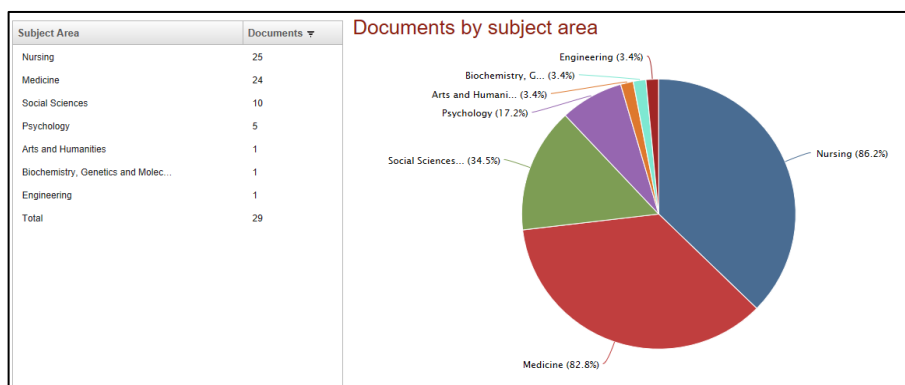
Fuente: Scopus, 2017

Si analizamos el área científica de las publicaciones resultantes (gráfico 18), cabe destacar que un 86,2% de éstas pertenecen al campo de la Medicina, un 82,8% se insertan en el terreno de la Enfermería y tan sólo un 34,5% están catalogadas como Ciencias Sociales. Finalmente, un 17,2% de los resultados están insertos en el ítem Psicología.

Aunque los resultados en este sentido son similares a los arrojados por las dos anteriores búsquedas, sí que parece destacable, y así se indica en la figura 18, un porcentaje significativamente mayor de publicaciones catalogadas como pertenecientes a las Ciencias Sociales.

Gráfico 18: Búsqueda Scopus nº 3 por área científica

| |
|---|
| BÚSQUEDA: QUALITY+CARE+INDICATORS+LONG+TERM+ELDERLY |
| TOTAL: 29 PUBLICACIONES |
| PUBLICACIONES ORDENADAS POR ÁREA CIENTÍFICA |

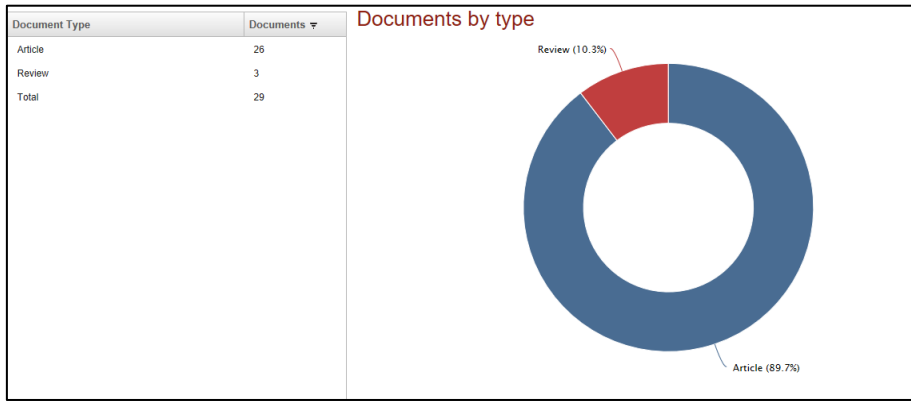


Fuente: Scopus, 2017

En lo referido al tipo de publicación, de nuevo en el gráfico 19 podemos observar que una gran mayoría corresponden a artículos 26 de 29, mientras que únicamente ha habido 3 revisiones sobre la materia.

Gráfico 19: Búsqueda Scopus nº 3 por tipo de publicación

| |
|---|
| BÚSQUEDA: QUALITY+CARE+INDICATORS+LONG+TERM+ELDERLY |
| TOTAL: 29 PUBLICACIONES |
| PUBLICACIONES ORDENADAS POR TIPO DE PUBLICACIÓN |



Fuente: Scopus

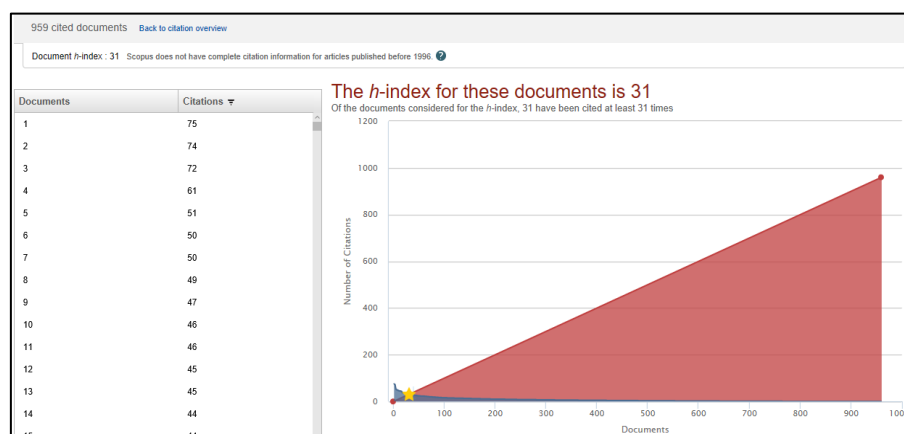
ÍNDICES ANALIZADOS

Resultados de Índices

En primer lugar, se analizó la búsqueda con el índice H-Index. Hay que destacar en primer lugar que los valores más altos que marca este índice, como podemos observar en el gráfico 20, se sitúan en el valor 75. Por otra parte, de los artículos considerados por H-Index, 31 han sido citados en al menos 31 veces.

Gráfico 20: Índice H-INDEX Búsqueda 1

| |
|--|
| BÚSQUEDA: QUALITY+MANAGEMENT+NURSING+HOMES |
| TOTAL: 149 PUBLICACIONES |
| ÍNDICE H-INDEX |



Fuente: Scopus

El segundo índice destacado lo protagoniza el llamado CITESCORE, que analiza el número de citas por publicaciones y año. En estos resultados se han seleccionado únicamente las 5 revistas con mayor impacto. Primeramente, hay que recalcar los valores pertenecientes a la Archives of Gerontology and Geriatrics, la primera de las publicaciones que podemos observar en el gráfico 21, con valores entre 1.5 y 2.00. Esta publicación sufre un estancamiento en 2012 y 2013 protagonizando un repunte hasta llegar a valores que oscilan cercanos a 2.5 en el año 2015.

Por lo que respecta a la evolución de la Canadian Journal on Aging, la segunda de las publicaciones destacada, sus valores se sitúan entre los 1.00 y 1.25 en 2011 realizando una bajada a 1,00 en 2012 para después repuntar en 2013 y bajar de nuevo a 1,00 en 2014 y con valores por debajo de 1,00 en el año 2015.

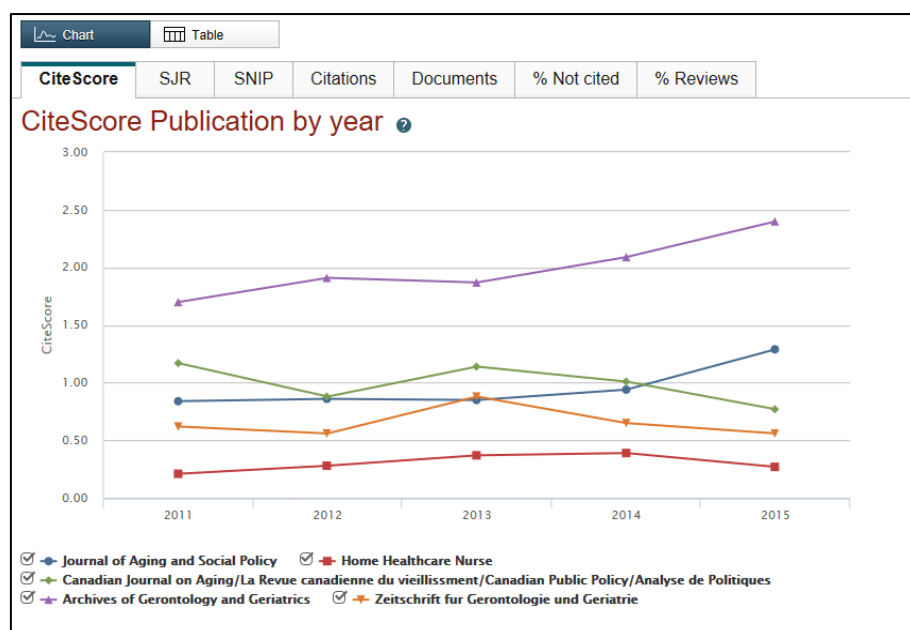
En cuanto a la tercera de las publicaciones analizadas, la Journal of Aging and Social Policy, su recorrido es más lineal que en el resto, con valores cercanos a 1,00 entre 2011 y 2013 y protagonizando un repunte en 2014 (con valores cercanos a 1,00) y llegando a sus valores máximos en 2015 (1,25 aprox.).

La cuarta publicación destacada es la Zeitschrift pur Gerontologie and Geriatrie. Esta publicación ha visto oscilar sus valores de manera intermitente, destacando el año 2013 por representar los valores más altos así como 2012 y 2015 con valores muy cercanos a 0,50.

Por último, la última publicación es la Home Healthcare Nurse, que ha protagonizado un aumento progresivo desde 2011 a 2014, alcanzando en este último año sus valores máximos (cercano a 0,50), para después sufrir una bajada en el 2015 a valores cercanos a 0,25.

Gráfico 21: Índice CITESCORE Búsqueda 1

| |
|---|
| BÚSQUEDA: QUALITY+MANAGEMENT+NURSING+HOMES |
| TOTAL: 149 PUBLICACIONES |
| ÍNDICE CITESCORE POR PUBLICACIONES Y AÑO DE PUBLICACIÓN |



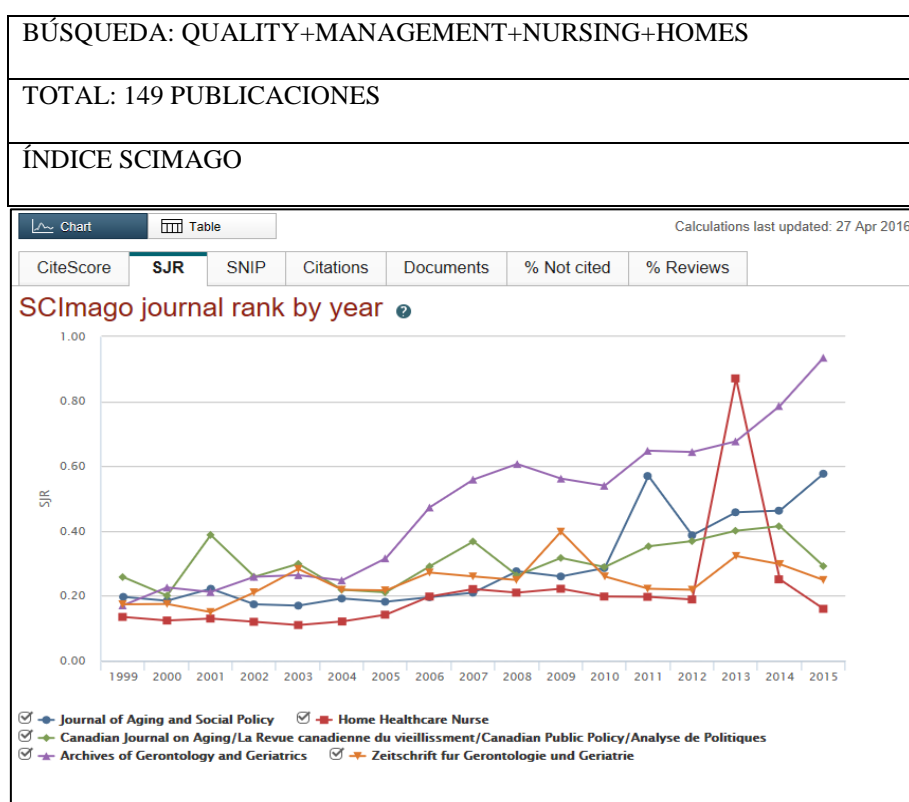
Fuente: Scopus, 2017

El siguiente índice analizado es el Índice SCIMAGO, el cuál realiza un ranking de las citaciones por años. En este caso, hemos destacado de nuevo, los resultados de las cinco revistas de mayor impacto, analizadas en los índices anteriores (ver gráfico 22).

Lo primero que cabe destacar es la diversidad de resultados de las cinco publicaciones analizadas. Por ejemplo, en el caso de la Archives of Gerontology and Geriatrics, existe un aumento exponencial que alcanza sus niveles máximos (cerca de 1,00) en el año 2015. Por contra, el recorrido de la Canadian Journal on Aging realiza un desarrollo a la inversa, destacando el año 2011 (con valores cercanos a 0,40), el 2007 y el 2014 (con valores por encima del 0,40) y finalizando la serie temporal con valores entre 0,40 y 0,20. El resto de revistas, exceptuando algún repunte puntual, se mantienen en valores

entre 0,10 y 0,30 aproximadamente. Una excepción la protagoniza la Home Healthcare Nurse, cuyo recorrido es muy lineal, con puntuaciones muy bajas (entre 0,10 y 0,20) y que realiza un repunte muy significativo en el año 2013, donde escala hasta valores por encima de 0,80, para volver a sufrir una gran caída hasta puntuaciones por debajo de 0,20 en 2015.

Gráfico 22: Índice SCIMAGO

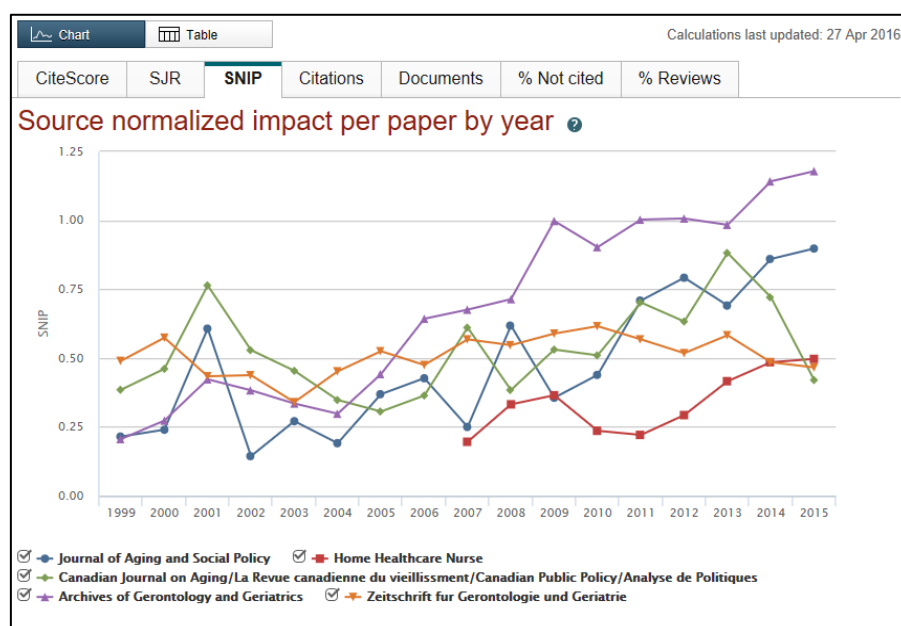


Fuente: Scopus, 2017

En cuanto al Índice de Impacto de las Publicaciones por Año, hay que resaltar en primer lugar, el año 2001, año en el que 3 de las 5 publicaciones analizadas sufren una subida importante. También es destacable, la fuerte subida entre el año 2004 y 2006 de la Archives of Gerontology and Geriatrics, cuya evolución se mantiene de forma ascendente en los años posteriores a 2006, a excepción del año 2013, donde, al contrario que el resto de publicaciones, que cuentan con los picos más altos de su recorrido, protagoniza una bajada significativa en sus niveles.

Gráfico 23: Índice impacto de las publicaciones por año

| |
|--|
| BÚSQUEDA: QUALITY+MANAGEMENT+NURSING+HOMES |
| TOTAL: 149 PUBLICACIONES |
| ÍNDICE DE IMPACTO DE LAS PUBLICACIONES POR AÑO |



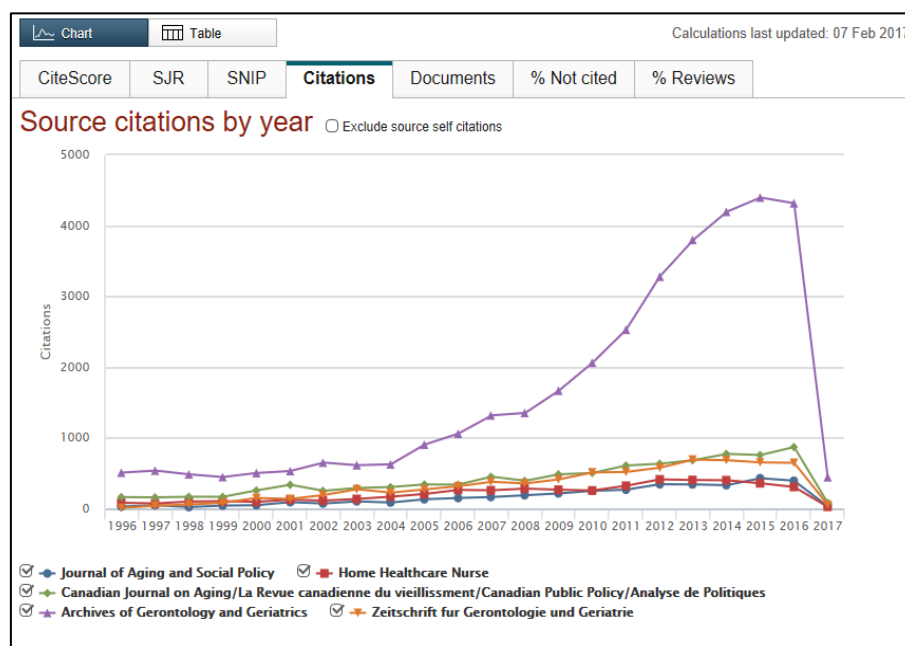
Fuente: Scopus, 2017

Con respecto al Índice de Citas por Revistas, lo más destacable que podemos observar en el gráfico 24 son los valores tan bajos de todas las revistas analizadas. Su evolución es bastante lineal, por lo que sólo destaca la subida llevada a cabo entre 1996 y 2005, y su posterior bajada desde 2016 a 2017.

Es destacable a su vez, el caso de la Archives of Gerontology and Geriatrics, cuyos resultados están muy por encima de los del resto de publicaciones, oscilando entre las 500 citas aproximadamente en el intervalo entre el año 1996 a 2004, hasta las más de 4000 citas obtenidas en 2015.

Gráfico 24: Índice de citas

| |
|--|
| BÚSQUEDA: QUALITY+MANAGEMENT+NURSING+HOMES |
| TOTAL: 149 PUBLICACIONES |
| ÍNDICE DE CITAS |

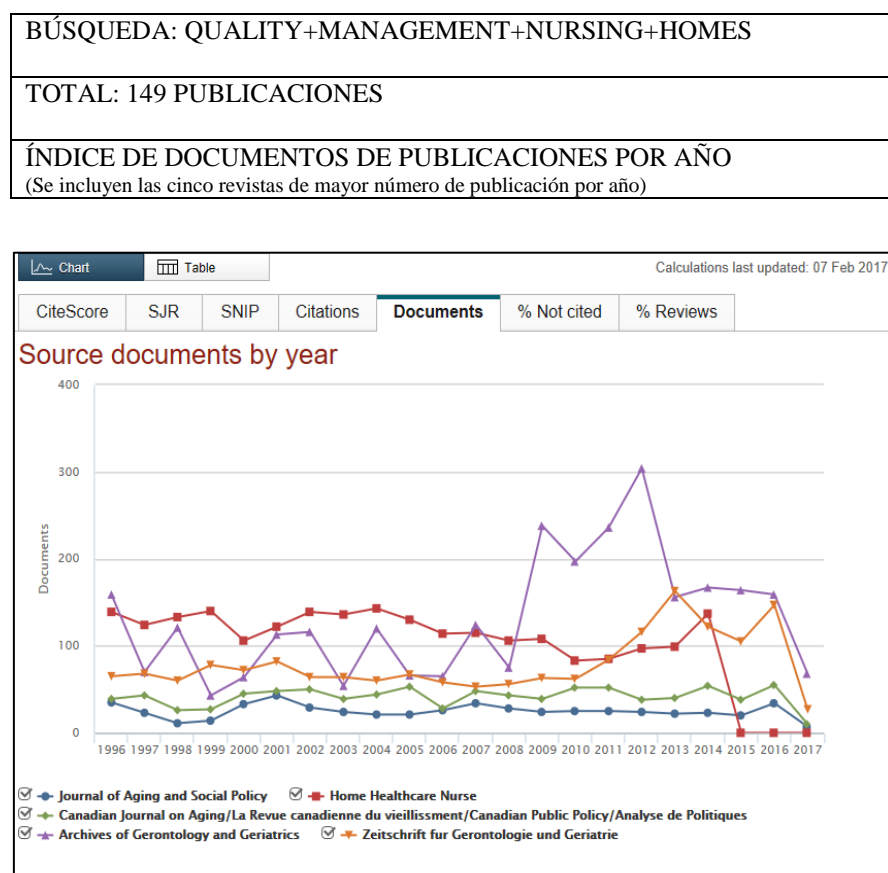


Fuente: Scopus, 2017

En cuanto al número de publicaciones por año de las cinco revistas destacadas, tal y como aparece en el gráfico 25, se observan unos índices bastante bajos de publicaciones sobre la materia, destacando únicamente los datos de la Archives of Gerontology and Geriatrics que muestran un aumento muy significativo entre el 2007 y el 2008, para sufrir un pequeña bajada hasta los 200 puntos en el año 2010 para volver a sus valores más altos en el año 2012, año en el que llega a los 300 documentos.

Aunque finalmente, al igual que hemos podido observar en las demás búsquedas, sufre una disminución desde el año 2013 hasta el 2016, período en el cuál mantiene unos niveles lineales.

Gráfico 25: Documentos de publicaciones por año



Fuente: Scopus, 2017

Por lo que respecta al porcentaje de documentos publicados no citados, los niveles son bastante elevados ya que aproximadamente todas las revistas analizadas, excepto una, la Home Health Care Nurse, mantienen unos porcentajes de no citación por debajo del 50%, al menos hasta el año 2012, donde el resto de publicaciones sufre una fuerte subida en sus porcentajes, superando el 50% de artículos no citados. Entre el año 2016 y 2017 cuatro de las cinco revistas destacadas alcanzan niveles cercanos al 100%, lo que

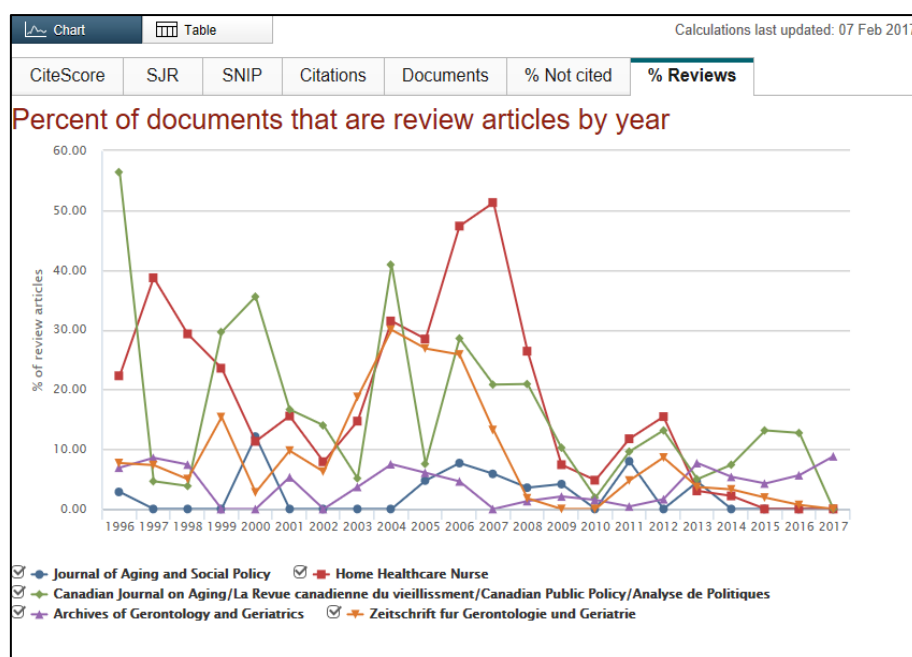
quiere decir que prácticamente ninguno de sus artículos publicados sobre la materia es citado por otros autores.

Mención especial requiere la publicación Home Healthcare Nurse, cuyos porcentajes siguen un recorrido completamente diferente al del resto de publicaciones.

En primer lugar, parte de niveles de artículos no citados que están por encima del 50% prácticamente toda la serie temporal analizada. Cabe resaltar el año 2014 donde su porcentaje de artículos no citados supera el 75%. Más significativo resulta tal vez la espectacular caída experimentada por esta revista entre el año 2014 y 2015, donde sus niveles de artículos publicados no citados desciende hasta prácticamente un 0%, para continuar con esos mismos porcentajes durante el año 2015, 2016 y 2017.

Gráfico 26: Porcentaje de revisiones de artículos por año

| |
|---|
| BÚSQUEDA: QUALITY+MANAGEMENT+NURSING+HOMES |
| TOTAL: 149 PUBLICACIONES |
| ÍNDICE: PORCENTAJE DE REVISIONES DE ARTÍCULOS POR AÑO |



Fuente: Scopus, 2017

4.2. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO CALCERIS001

A continuación describimos los resultados obtenidos a través de la técnica del Cuestionario, denominado Calceris001.

En primer lugar, debemos resaltar los resultados obtenidos tras la aplicación del índice de fiabilidad Alfa de Cronbach. El resultado, .83, asume unos buenos niveles de fiabilidad, que asume que los ítems están áltamente correlacionados. Al ser un valor cercano a 1 podemos asumir la existencia de una gran consistencia interna de los ítems analizados.

Tabla 18: Índice Alfa de Cronbach

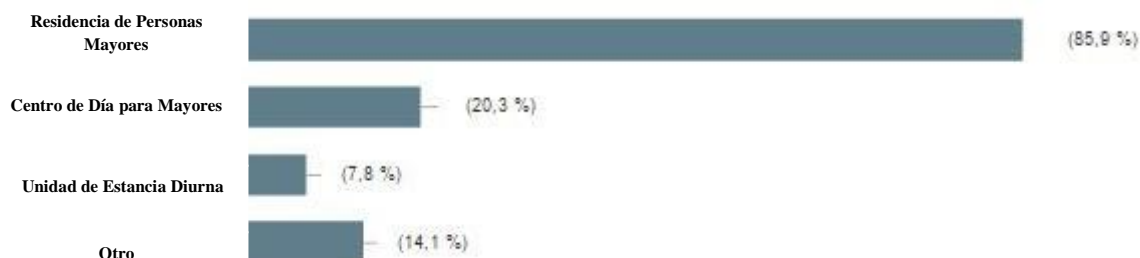
| Estadísticas de fiabilidad | |
|----------------------------|----------------|
| Alfa de Cronbach | N de elementos |
| ,833 | 72 |

4.2.1. RESULTADOS REFERIDOS A LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS CENTROS

Como puede apreciarse en el gráfico 27, la mayoría de los centros analizados son residencias de personas mayores, (85,9%), mientras que sólo un 20,3% corresponden a Centros de Día. Un 14,1% tienen otra nomenclatura. Se da el hecho de que todos los encuestados que han marcado la denominación "Centro de Día" han marcado a su vez el de residencia de Personas Mayores, con lo que podemos concluir que todos los Centros de Día para Mayores analizados cuentan también con servicio de residencia.

De los centros que han marcado el apartado "otro" , se refieren a denominaciones que se corresponden con "residencia para personas mayores dependientes" (ver anexo 3)

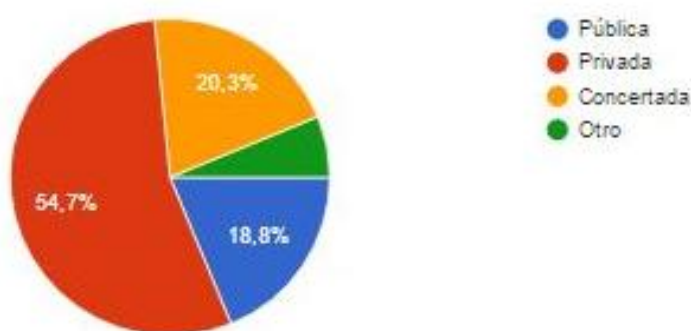
Gráfico 27: Denominación del tipo de centro



Fuente: Elaboración propia

Por lo que respecta a la titularidad de los centros a los que pertenecen los encuestados, más de la mitad son de titularidad privada (54,7%) frente a un 18,8% cuya titularidad es pública. Como puede observarse también hay un creciente porcentaje de centros que tienen la fórmula de centros concertados con alguna administración pública, concretamente un 20,3% de los encuestados

Gráfico 28: Titularidad del centro



Fuente: Elaboración propia

4.2.2. RESULTADOS REFERIDOS A CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

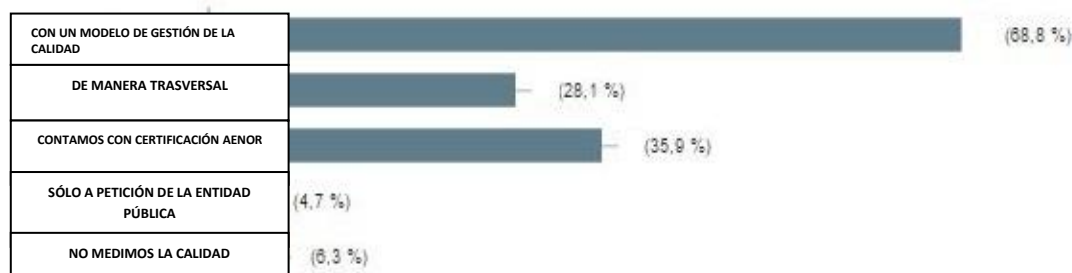
En segundo lugar, analizaremos los resultados referentes a las características con las que cuenta el sistema de gestión de la calidad, en el caso de que actualmente tengan ya implantado dicho sistema. Como podemos apreciar en el gráfico 29, un 68,8% de los encuestados dicen contar con un Sistema de Gestión de la Calidad en sus centros. Un 35,9% cuenta con una certificación de calidad avalada por AENOR y sólo un 6,3% afirma no medir la calidad de la atención en su centro. En términos generales, estos resultados nos ofrecen una amplia mayoría de centros que mide la calidad de la atención que prestan a sus residentes. Cabe destacar que esta pregunta se presentaba de manera que pudieran marcarse más de una opción. La razón de este planteamiento es que consideramos que no suele ser excluyente, en la práctica, el que las residencias cuenten con un Sistema de Gestión de la Calidad y a su vez posean una certificación avalada por AENOR e incluso que paralelamente, inserten la Calidad como una cuestión transversal en todas sus procesos.

Existe también un pequeño porcentaje (4,7%) que afirma medir la calidad únicamente a petición de la entidad pública.

Así pues, existe todavía un mínimo porcentaje de centros que no miden la calidad de la atención que prestan en su centro, si bien es cierto que señalan en preguntas posteriores, que se encuentran en proceso de implantación de algún modelo de gestión de la calidad.

Teniendo en cuenta la importancia cada vez mayor de la calidad aplicada a la intervención con Personas Mayores, ¿cómo mide su entidad la calidad de la atención a los residentes?

Gráfico 29: Forma de medir la calidad



Fuente: Elaboración propia

A continuación analizamos las razones por las que las entidades optan por esa forma de medir la calidad y no otra. Se trata de una pregunta abierta, la cuál hemos resumido en la siguiente tabla (tabla 19).

Tabla 19: Respuestas a pregunta abierta Cuestionario CALCERIS001

N= 62

Pregunta: ¿Por qué esta forma de medir la calidad?

Respuestas:

- Porque sí.
- Es la estándar para Residencias y nos parece adecuada.
- No tenemos herramientas ni conocimientos para aplicar el sistema de calidad, pero estamos en ello.
- Es el sistema que se viene usando en los últimos años.
- Es la manera de saber lo que piensan los mayores y su familia.
- Como herramienta de trabajo.
- Es el modelo de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas para los Centros de Personas Mayores.
- Posibilidad de evaluación y mejora.
- No se mide.
- Es la que mejor responde a nuestras necesidades y es la valorada en los concursos públicos.
- Con un modelo de Calidad de Buro verita.
- Se trata de un modelo establecido desde Servicios Centrales contamos con certificado en ISO 9001:2008(158101:2008)/OHSAS18001:2007/LOPD 15/1999/ISO 14001:2004.
- Porque el Modelo nos da unas pautas que consideramos acertadas.
- Es el método más adecuado para el día a día.
- Porque a través del modelo ISO 9001 y 14001 y la norma une 158101 y la certificadora ACCM ayuda a la mejora continua en el centro y permite evaluar si el servicio es de calidad y mejorarlo continuamente.
- Gestión por procesos. Satisfacción del cliente.
- Porque es la que se ha decidido para poder ser muy objetivos y desarrollar el modelo de mejora continua.
- Comenzamos con un modelo de Gestión de la Calidad, y lo seguimos por mayor comodidad y seguridad.
- Se está obligado a certificar en calidad y medio ambiente.

- Es rápida para la mejora inmediata de las intervenciones
- Porque nos ayuda a gestionar adecuadamente los procesos de nuestro trabajo con el menor número de errores. Somos más eficientes y ofrecemos un servicio de calidad a nuestros clientes.
- Toda la empresa trabaja con un modelo de calidad integral
- Mediante las diferentes intervenciones podemos ver cuáles son nuestros puntos fuertes y débiles. Siempre teniendo en cuenta que cada intervención es diferente porque cada persona es diferente.
- Pensamos que son formas adecuadas de mantener un nivel óptimo de la calidad del servicio
- Para estar en mejora continua en la atención y cuidado de los residentes centrada en la persona.
- Lo desconozco
- Publicidad, comercial
- Criterios de organización y requerimientos de la Administración
- Así lo establece la organización interna y la normativa del Ayuntamiento, titular del Centro.
- Por todas las ventajas que ofrece una acreditación de AENOR.
- Compromiso con la atención centrada en la persona.
- Es la mejor manera de organizar los servicios para las necesidades de cada residente.
- Facilidad y eficacia.
- Es rápida para la mejora inmediata de las intervenciones.
- Porque nos ayuda a gestionar adecuadamente los procesos de nuestro trabajo con el menor número de errores. Somos más eficientes y ofrecemos un servicio de calidad a nuestros clientes.
- Toda la empresa trabaja con un modelo de calidad integral.
- Mediante las diferentes intervenciones podemos ver cuáles son nuestros puntos fuertes y débiles. Siempre teniendo en cuenta que cada intervención es diferente porque cada persona es diferente.
- Pensamos que son formas adecuadas de mantener un nivel óptimo de la calidad del servicio.
- Para estar en mejora continua en la atención y cuidado de los residentes centrada en la persona.
- Lo desconozco.
- Publicidad, comercial.
- Criterios de organización y requerimientos de la Administración.
- Así lo establece la organización interna y la normativa del Ayuntamiento, titular

del Centro.

- Por todas las ventajas que ofrece una acreditación de AENOR.
- Compromiso con la atención centrada en la persona.
- Es la mejor manera de organizar los servicios para las necesidades de cada residente.
- Facilidad y eficacia.
- Estamos certificados con la norma UNE EN ISO 9001:2015. Considero que es la norma más exigente y reconocida (junto con la EFQM) y en mi centro entendemos que el servicio de atención a mayores debe estar siempre definido dentro de los parámetros de la más exigente calidad.
- Porque es por la que hemos empezado, teniendo en cuenta que es una norma básica que se adapta a cualquier servicio.
- A través de la certificación ISO y de auditorías externas e internas aseguramos la calidad de manera objetiva y cuantificada, a través de objetivos estudiados previamente.
- No.
- Todavía no medimos la calidad. De momento intentamos que la entidad sea viable.
- Concretamente, se aplica un Plan de Mejora Continua basado en la investigación y la autoevaluación constante, acreditado con la norma UNE en ISO 9001 - 2000. Lo anterior permite tener un modelo de referencia a seguir así como una forma estructurada y rigurosa de trabajar y mejorar.
- Porque es la que mejor se adapta a nuestra necesidad, y porque obtenemos buenos resultados.
- Para introducir medidas de mejora en temas de calidad y ofrecer calidad del servicio.
- El grupo tiene 30 centros y un sistema de gestión unifica criterios y políticas de empresa. La misión, visión y valores de la compañía se integran transversalmente en todas las actividades de las residencias.
- Porque es la forma de la mejora continua.
- Para tener una valoración externa que lo certifique.
- La indicada por la administración.
- Se centra en la persona.
- No consideramos necesaria la certificación por parte de ninguna empresa externa. Nuestros clientes son los que deben certificar la calidad.
- Para conseguir la satisfacción de residentes y usuarios objetivizando los resultados, motivándonos para el cambio mediante mecanismos protocolizados de mejora y normas de referencia.
- Permite tener presente la calidad e indicadores en todo momento. Además, con la opción de AENOR, es una forma de reforzar positivamente el trabajo interno.

- Incluir la calidad como objetivo en cada uno de los procesos que realizamos, nos asegura que la finalidad de nuestro trabajo, que no es otra que el cuidado integral de nuestros residentes, se lleve a cabo con total garantía de satisfacción para el propio residente, su familia y nuestros profesionales.
- Responde al objetivo general de mejora continua y calidad total en el servicio. Describiendo cada proceso y los ítems a cumplir y evaluar con que periodicidad. De esta manera encontramos los puntos de mejora. Porque en el momento en el cual se decidió dar el paso en la gestión de la mejora, se optó por un modelo certificable por AENOR.
- Es la forma en la que la medimos desde hace años y tenemos buen resultado.
- Es muy importante la satisfacción del cliente, así como, la prestación de unos servicios excepcionales de calidad y qué mejor forma de hacerlo que midiéndolo.
- Decisión tomada por la Gerencia.
- Si no se mide no se puede saber dónde se falla y así poder mejorar.
- Deficitaria.
- Aún estamos en proceso de obtener una certificación oficial.
- Evaluación exhaustiva y continua.
- La calidad es la esencia para el bienestar de nuestros usuarios, por ello queremos medir la calidad en cada actividad realizada en nuestra entidad.
- Porque por un lado sigue las pautas de calidad de todas las residencias del grupo y por otro necesita pautas externas.
- Debido a que la calidad debe estar presente en cada departamento, cada trabajador, cada equipo técnico, cada decisión, cada intervención.

Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse en la tabla anterior, existen una gran cantidad de razones, indicadas por los encuestados, para la aplicación de determinado Sistema de Gestión de la Calidad por parte de una entidad. Llama la atención que, entre las causas esgrimidas, aparecen algunas relacionadas con exigencias externas, o bien de los gestores de la entidad o bien de la Administración. Además, podemos destacar la eficacia de los sistemas, la utilidad para gestionar equipos y procesos, para evitar errores o corregirlos, mejorar la prestación del servicio, mejorar la satisfacción del cliente... Varios encuestados apuntaron que no certifican su residencia con ningún sistema por motivos económicos o bien porque no lo consideran necesario. Incluso existe el caso de algunos que, aunque aplican estos modelos por su utilidad para la práctica profesional, dicen no necesitar una acreditación externa, ya que son los residentes los que tienen que acreditar la calidad de la atención que reciben.

Por lo que respecta a los elementos de mejora con los que cuenta el Sistema de Gestión con el que cuentan, esta pregunta también se ha planteado en términos no excluyentes con lo que, como podemos ver en el gráfico 30, existen varios ítems con porcentajes muy elevados y otros con porcentajes menores al 50%.

Como podemos observar, los principales elementos de mejora señalados son en primer lugar es que "ayuda a la coordinación del personal" (84,2%) y "permite evaluar la intervención" (82,5%), son los aspectos con un porcentaje mayoritario diferenciado del resto de valores junto con el que se refiere a "permite planificar la intervención" (80,7%). Muy cercano a estos valores, pero por debajo del 80% nos encontramos con el elemento de mejora "previene posibles fallos de la intervención" (71,9%) y "genera pautas de mejora", que lo señalan como elemento del sistema el 70,2% de los encuestados. Todos ellos corresponden a ítems relacionados con la estructura organizativa del centro.

El segundo nivel de elementos de mejora lo componen las siguientes variables: el 61,4% destaca el que su sistema "corrige posibles fallos de la intervención" junto con un destacable 40,4% de los encuestados que señala que "se traduce en un aumento de clientes". Ambos ítems se refieren a los resultados que trae consigo esta implantación en términos de corrección de errores y en términos de eficiencia comercial. Además el ítem

"se traduce en aumento de clientes", parece suponer que las razones económicas se consideran un elemento de mejora con cierta importancia, aunque no tanto como los aspectos positivos que pueda aportar para la organización de la entidad, la coordinación de la plantilla y la planificación de la intervención propiamente dicha.

En último lugar se encuentran aquellos ítems con un porcentaje menor al 30%, señalados por aproximadamente una tercera parte de los encuestados. Estos ítems se refieren a las cuestiones relacionadas con los factores económicos. Destaca primeramente, con un 19,3% de los resultados el ahorro económico que supone para la organización, frente a un 7% que señala que supone un gasto.

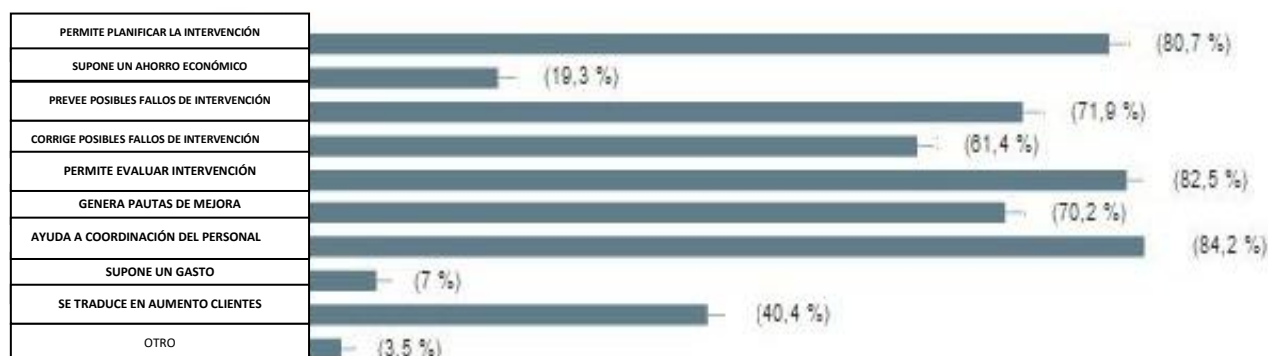
Podemos concluir que, por lo que respecta a los "elementos de mejora con los que cuenta su Sistema Gestión Calidad", las necesidades educativas de residentes, las competencias emocionales del personal son las que obtienen un menor porcentaje mientras que se centran en las competencias técnicas del personal, uso de fármacos y psicotrópicos y Nutrición/ Alimentación. (tabla de resultados en anexo 5).

Por lo que respecta a los resultados obtenidos en el ítem "Otro" destacamos el caso de una residencia que señaló que "se está obligado a certificar en calidad y medioambiente". Entendemos con ello que la Comunidad Autónoma de pertenencia de este centro requiere de la regulación de estos aspectos de manera impositiva. (ver anexo 3)

Otra de las respuestas se refiere de nuevo a los aspectos positivos a nivel operativo "es rápida para la mejora inmediata de las intervenciones". Finalmente hay que destacar el caso de una residencia que señaló: "no tenemos herramientas ni conocimientos para aplicar el sistema de calidad pero estamos en ello".

En caso de que su centro cuente con algún Sistema de Gestión de la Calidad, señale los elementos de mejora con los que cuenta éste.

Gráfico 30: Elementos de mejora del Sistema de Calidad



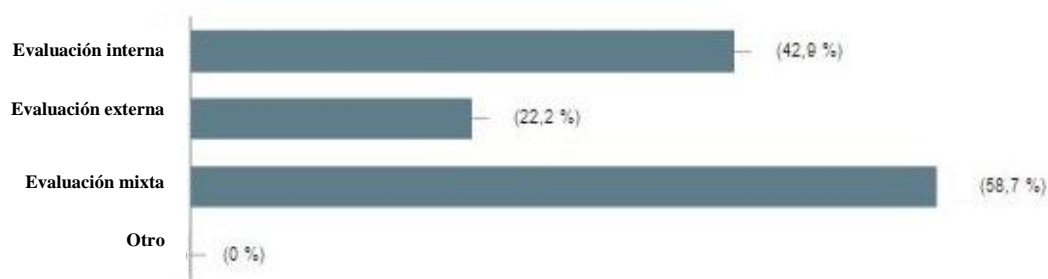
Fuente: Elaboración propia

Otro de los aspectos que queríamos conocer a través de este instrumento es el tipo de evaluación que tenían los Sistemas de Gestión de la Calidad aplicados.

Un 58,7% de las residencias analizadas contaban con una evaluación mixta. Hay que destacar que estas variables no son excluyentes con lo que, concretamente cuatro de ellas han señalado en sus respuestas un sistema de evaluación interna y externa con lo que tendrían que ser considerados los tres casos como evaluación mixta.

¿De qué tipo es la evaluación de su Sistema de Gestión de la Calidad?

Gráfico 31: Tipo de evaluación del sistema



Fuente: Elaboración propia

Para saber si la implantación ha tenido cierta continuidad en la entidad preguntamos sobre la existencia o no de un cronograma donde se especificara la periodicidad que tienen que tener las evaluaciones del sistema. Un 66,7% nos respondía que la periodicidad de la evaluación se establece con cada sistema de calidad que se implanta. Efectivamente, los estándares de calidad que hemos enmarcado dentro de la categoría de "modelos generales" incluyen la necesidad de contar con una periodicidad establecida para la evaluación del propio sistema.

Por otra parte, un 12,7% afirmaba no contar con una periodicidad establecida para las evaluaciones. Mientras que un 4,8% de los encuestados afirmaron no contar con una evaluación de su sistema de gestión de la calidad. Ha habido dos casos que señalaron la opción "otro", una para especificar que la periodicidad concreta de su evaluación era anual y otra para concretar que en su centro se realiza según criterio del departamento de calidad.

Por lo que respecta al 15,9% que señalaban la opción "otro" se referían en su mayoría a la especificación de la temporalidad, destacando la mayoría que se trata de evaluaciones anuales, o bien que la periodicidad la establece la Comisión de Calidad (ver anexo 3)

¿Tienen establecido un cronograma donde se especifique la periodicidad de las evaluaciones de su sistema de gestión de la calidad?

Gráfico 32: Periodicidad de las evaluaciones



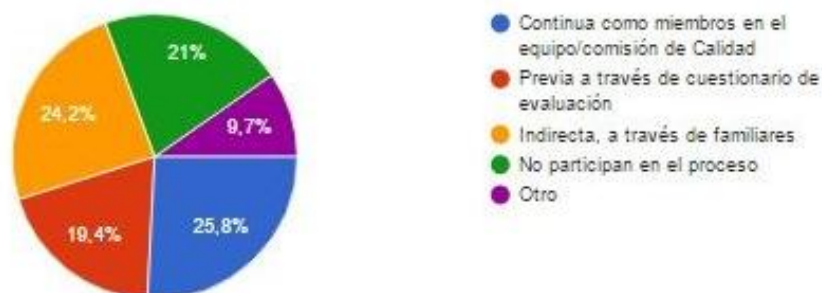
Fuente: Elaboración propia

4.2.3. RESULTADOS REFERIDOS A LA PARTICIPACIÓN DEL MAYOR EN LA PUESTA EN MARCHA Y EVALUACIÓN DEL MODELO

A través de Calceris 001 queríamos conocer también el papel reservado a los residentes y sus familias (o en el caso de los residentes con deterioro cognitivo únicamente de sus familias) tanto en la puesta en marcha de los Sistemas de Gestión de la Calidad implantados en España como en la evaluación que realizan los centros del propio sistema. Como se observa en el gráfico 33, un 25,8% de los encuestados destaca la participación continua de los residentes en la puesta en marcha del sistema como miembros del equipo/comisión de calidad del centro, frente a un 21% que no participa en el proceso. Otro 24,2% de los encuestados señala que la participación de sus residentes ha sido indirecta, a través de familiares. Además sólo un 19,4% de las residencias analizadas destaca que la participación de sus residentes ha sido previa, a través de un cuestionario de evaluación. De estos resultados podemos concluir que más de un 70% de los encuestados considera que existe alguna participación del mayor en la evaluación, aunque sea indirecta, sin embargo en un 21% de los centros analizados los residentes no participan en la puesta en marcha de los Sistemas de Gestión de la Calidad de las residencias en las que viven.

Además hay que destacar los casos referidos a otros en los que los encuestados exponen que sus residentes participan a través de encuestas de satisfacción en la evaluación del modelo, con lo que podemos deducir que es el único proceso en el que intervienen y no lo hacen en la puesta en marcha de éste. Algunos encuestados han destacado que la participación de sus residentes ha sido a través de las Asambleas del centro, el Consejo del Centro, es decir, mediante diversos órganos de participación internos (un 15% de los encuestados) (ver anexo 3).

Gráfico 33: Participación del mayor en puesta en marcha

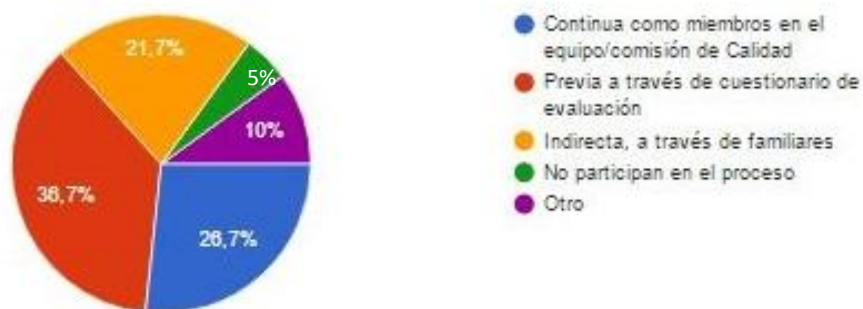


Fuente: Elaboración propia

Por lo que respecta a la participación del mayor en la fase concreta de evaluación de los Sistemas de Gestión de la Calidad, tal y como podemos observar en el gráfico 34, un 26,7% de los encuestados señalan que en su centro la participación de los residentes en la puesta en marcha del sistema es continua, como miembros del equipo/comisión de calidad, mientras que un 5% señala que los residentes no participan en el proceso. Hay que destacar también la participación indirecta, a través de familiares de un 21,7% de los encuestados y un porcentaje destacable de también de un 36,7% de encuestados que señalan que la participación de los residentes es previa a la puesta en marcha del sistema, a través de cuestionarios de evaluación.

Tras el análisis podemos concluir que las variables “Participación del mayor en la puesta en marcha” y “Participación del mayor en la evaluación de la Calidad” existe una correlación que es significativa al 99 % y se observa una relación directa moderada ,646 (tabla de resultados en anexo 5).

Gráfico 34: Participación del mayor en evaluación de la calidad



Fuente: Elaboración propia

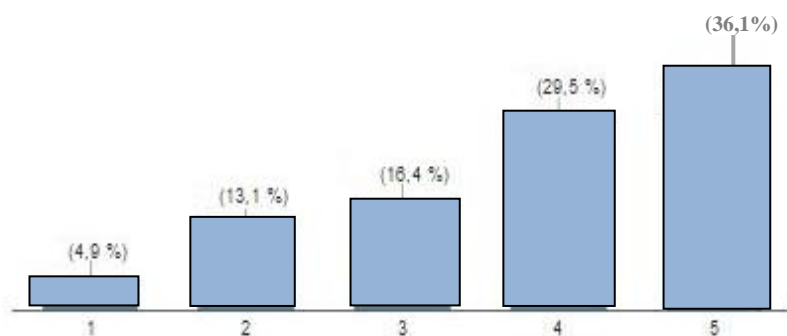
4.2.4. RESULTADOS REFERIDOS A LA PARTICIPACIÓN DE LAS DIFERENTES ÁREAS PROFESIONALES

Otro de los aspectos analizados a través de las encuestas es el peso de cada área en la evaluación de la calidad. En el gráfico 35 podemos observar cómo el 36,1% de las residencias conceden un 5 sobre 5 al área médica en respuesta a la consideración del peso de este área en la evaluación de la calidad de su centro. Es de destacar también el 29,5% de las residencias que evalúan el peso del área médica con una puntuación de 4 sobre 5. Es decir, aproximadamente un 65% de los encuestados consideran el que el peso del área médica es muy importante o principal, con valoraciones de 4 y 5 sobre 5.

En una escala de 1 a 5, ¿cómo evaluaría el peso de cada área en el proceso de evaluación de la calidad en su entidad?

ÁREA MÉDICA

Gráfico 35: Peso del área médica en la evaluación de la calidad



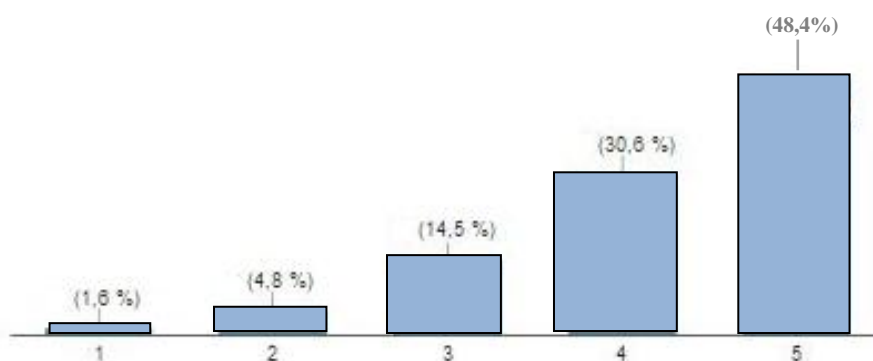
Fuente: Elaboración propia

En cuanto al peso del área sanitaria en el proceso de evaluación de la calidad podemos destacar observando el gráfico 36 que un 48,4% de los responsables encuestados consideran que el peso de este área es de 5 sobre 5. El 30,6% de los encuestados valoran con una puntuación de 4/5 el peso del área sanitaria, mientras que el 14,5% le da un importancia media a este área en la evaluación de la calidad de su centro. Un porcentaje que supera el 75% de los encuestados considera que el peso del área sanitaria está entre 4 y 5 en una escala de 1 a 5. En cualquier caso la importancia de esta área parece ser mayor que la que se le concede al área médica.

En una escala de 1 a 5, ¿cómo evaluaría el peso de cada área en el proceso de evaluación de la calidad en su entidad?

ÁREA SANITARIA

Gráfico 36: Peso del área sanitaria en la evaluación de la calidad



Fuente: Elaboración propia

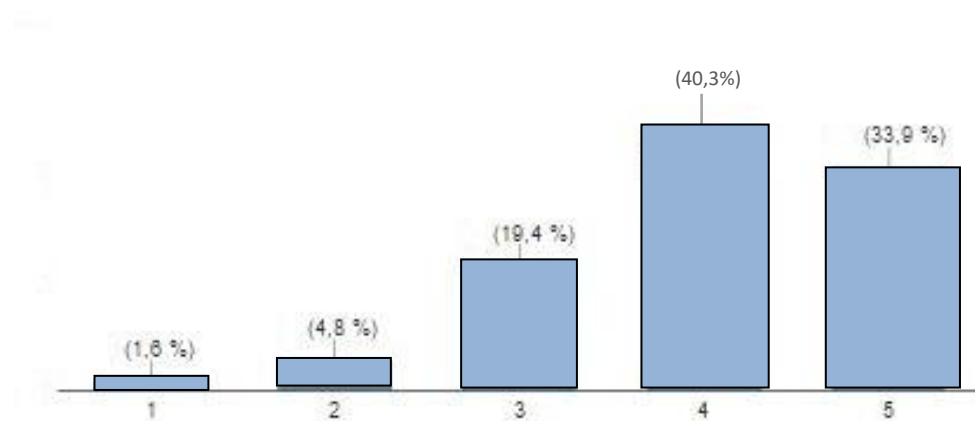
Por lo que respecta al peso en la evaluación de la calidad en las residencias para personas mayores del área psicosocial, los resultados reflejados en el gráfico 39 arrojan un 33,9% de encuestados que valoran su peso con un 5/5. Un porcentaje algo mayor, 40,3% lo valora con 4/5. Además, el 19,4% de las residencias consideran este área tiene un peso medio en la evaluación de la calidad. Resulta destacable que, aunque en un porcentaje muy bajo, existen ya residencias que valoran con un 1 y 2 sobre 5 el peso de este área en la evaluación de la calidad.

En términos generales hay que destacar que aproximadamente 7 de cada 10 encuestados (74,4%) evalúa el peso del área psicosocial entre 4 y 5 puntos sobre 5. Mientras que aproximadamente un 25% aproximadamente considera que su peso es nulo, poco o medio.

En una escala de 1 a 5, ¿cómo evaluaría el peso de cada área en el proceso de evaluación de la calidad en su entidad?

ÁREA PSICOSOCIAL

Gráfico 37: Peso del área psicosocial en la evaluación de la calidad



Fuente: Elaboración propia

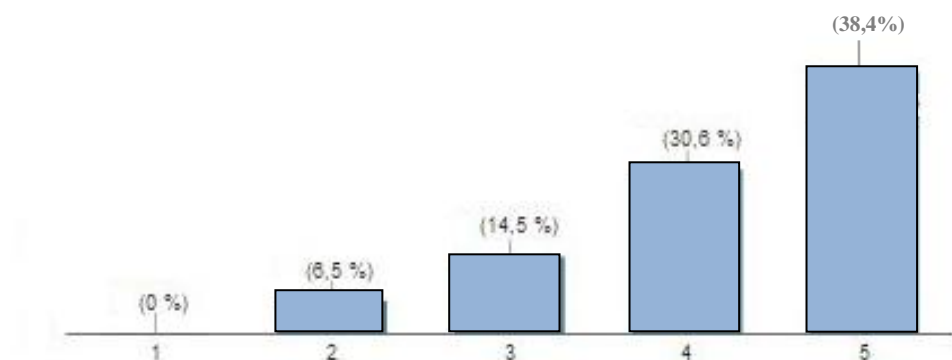
Los resultados arrojados por los centros analizados sobre del peso del área de dirección en el proceso de evaluación de la calidad quedan reflejados en el gráfico 38. Por lo que se puede observar un 38,4% de los encuestados considera el papel de la dirección como principal, un porcentaje algo menor, concretamente el 30,6% de los encuestados, valoran el peso de este área como importante (4/5). Nada desdeñable resulta el 21% de lo encuestados que el concede un peso medio (3/5) y escaso (2/5) al área de dirección. En este caso no existen valoraciones de los trabajadores de Residencias que consideren que la dirección tiene un papel nuevo en la evaluación de la Calidad.

En términos generales, casi un 70% (69%) considera que el peso del área de dirección en la evaluación de la calidad es importante o principal (4 y 5 sobre una puntuación máxima de 5).

En una escala de 1 a 5, ¿cómo evaluaría el peso de cada área en el proceso de evaluación de la calidad en su entidad?

ÁREA DE DIRECCIÓN

Gráfico 38: Peso del área de dirección en la evaluación de la calidad



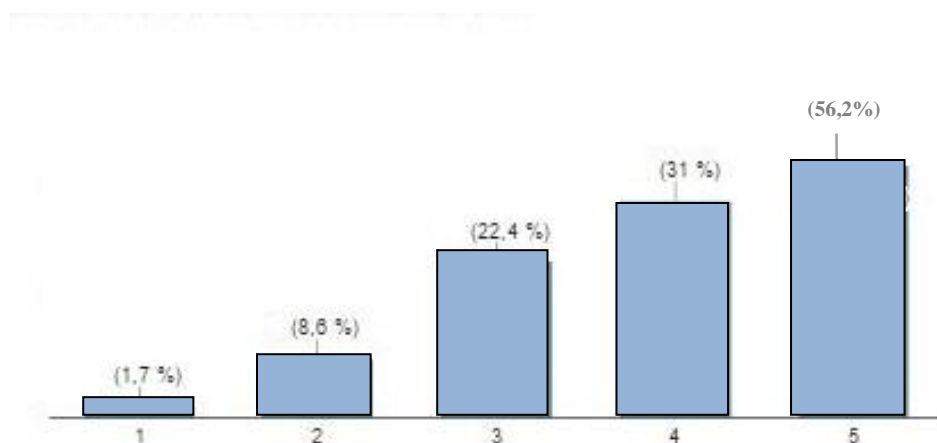
Fuente: Elaboración propia

Finalmente, los resultados obtenidos por la escala de valoración del peso del área de gerencia en la evaluación de la calidad destacados en el gráfico 39, podemos concluir que el 56,2% de los encuestados consideran como principal el peso de este área en la evaluación. Es el área que cuenta con el porcentaje mayor en esta puntuación (5/5) de las analizadas. Un 31% de los centros le otorga una puntuación de 4/5 y un escaso 22,4% considera que su peso en la evaluación es medio. Destacable es también el algo más del 10% de los encuestados que considera nulo el peso de la gerencia.

En una escala de 1 a 5, ¿cómo evaluaría el peso de cada área en el proceso de evaluación de la calidad en su entidad?

ÁREA DE GERENCIA

Gráfico 39: Peso del área de gerencia en la evaluación de la calidad



Fuente: Elaboración propia

Como podemos observar en la tabla resumen extraída del programa de tratamiento estadístico SPSS, aunque las medias de cada una de las áreas son altas, destaca el área de dirección con una media de 4,21 y la media de 3,79 del área médica .

Tabla 20: Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|-------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-------|------------|
| | Incluidos | | Excluidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Peso del área sanitaria | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Peso área psicosocial | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Peso área dirección | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Peso área gerencia | 58 | 89,2% | 7 | 10,8% | 65 | 100,0% |
| Peso del área médica | 61 | 93,8% | 4 | 6,2% | 65 | 100,0% |

Informe

| | Peso del área sanitaria | Peso área psicosocial | Peso área dirección | Peso área gerencia | Peso del área médica |
|------------|-------------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|----------------------|
| Media | 4,19 | 4,00 | 4,21 | 3,91 | 3,79 |
| N | 62 | 62 | 62 | 58 | 61 |
| Desv. típ. | ,972 | ,941 | ,926 | 1,048 | 1,213 |

Fuente: Resultados extraídos de SPSS

4.2.5. RESULTADOS REFERIDOS A LA FORMACIÓN DEL PERSONAL EN MATERIA DE CALIDAD

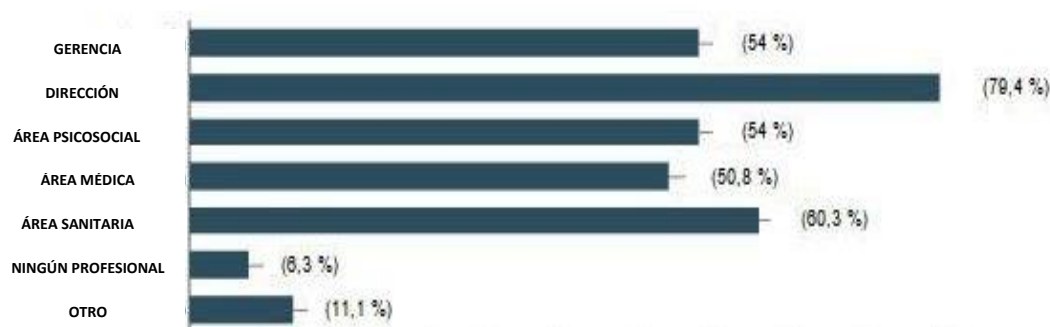
Otro de los aspectos a analizar con este instrumento fue la formación del personal en materia de calidad.

En primer lugar se les pidió que indicaran las áreas que habían recibido formación de cara a la puesta en marcha de los Modelos de Gestión de la Calidad en su centro. Los resultados, plasmados en el gráfico 40, nos muestran un porcentaje mayoritario de formación recibida por la dirección del centro, 79,4%, que destaca por encima del resto de áreas, cuyos valores giran en torno al 55%.

Esta diferenciación tan clara del área de dirección en la formación recibida no se corresponde con los resultados obtenidos en las preguntas sobre el peso de las distintas áreas en la evaluación de la calidad, donde los valores obtenidos por la dirección eran similares a los del área médica.

En lo referente a los recursos humanos, indique qué áreas profesionales han recibido formación u orientación en su entidad para la puesta en marcha de modelos de gestión de la calidad.

Gráfico 40: Áreas profesionales que han recibido formación



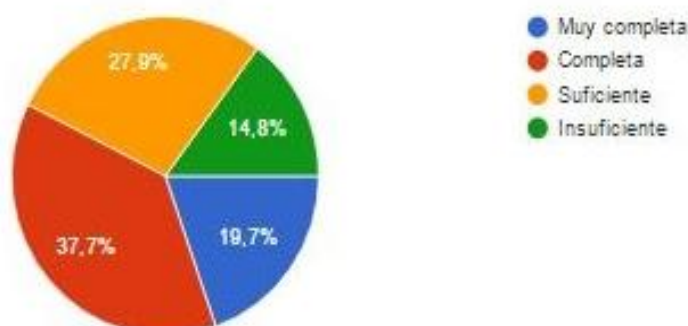
Fuente: Elaboración propia

Por lo que respecta a la calificación de la formación un 37,7% la califica de completa, tal y como se observa en el gráfico 43. Un 19,7% la valora de "muy completa". Por contra, el 27,9% la califica de suficiente y un porcentaje menor (14,8%), la valora como insuficiente.

FORMACIÓN DEL PERSONAL

En caso afirmativo, ¿cómo calificaría usted esta formación?

Gráfico 41: Calificación de la formación



Fuente: Elaboración propia

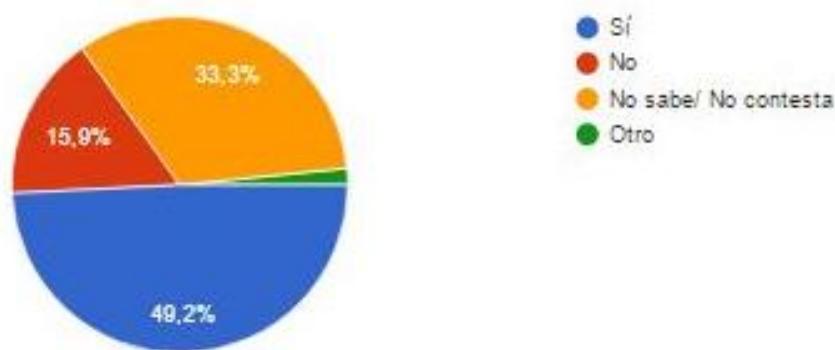
4.2.6. RESULTADOS REFERIDOS A LA INVERSIÓN Y LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA APLICACIÓN DEL MODELO

Finalmente, analizamos los datos obtenidos referentes a los resultados alcanzados por la organización con la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad.

Como podemos observar en el gráfico 42, alrededor de la mitad de los encuestados, 49,2% considera que la puesta en marcha de los Sistemas de Gestión de la Calidad en su centro ha supuesto un coste añadido para la organización. Destaca el 33,3% de los encuestados que dice no saber o bien no contestar a esta pregunta. Más destacable aún si cabe es el 15,9% de los encuestados que señalaron que dicha puesta en marcha no ha supuesto un sobrecoste para su entidad.

Gráfico 42: Coste de la puesta en marcha

En lo referente al coste de la puesta en marcha de los Sistemas de Gestión de la Calidad, ¿han generado éstos un coste añadido para nuestra organización?



Fuente: Elaboración propia

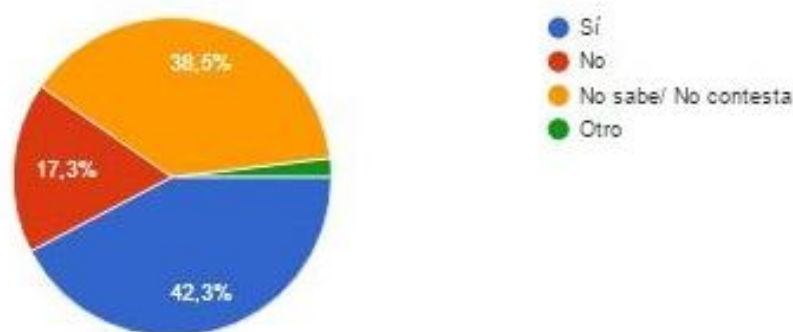
Además de la existencia de estos sobrecostes queríamos saber si había habido una previsión de estos costes antes de comenzar el proceso de implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad.

En este sentido, tal y como podemos observar en el gráfico 43, un 42,3%, un porcentaje menor que casi el 50% que afirmaba haber sobrecostes por la puesta en marcha de los Sistemas de Gestión de la Calidad en sus organizaciones, considera que sí que estaban esos costes previstos con anterioridad. De nuevo cabe destacar un 38,5% de los encuestados que no saben o no contestan a esta pregunta y una 17,3% que reconoce que esos costes no estaban previstos con anterioridad.

Por lo que respecta al 1,9% de los encuestados que ha marcado la opción "otro", todos ellos especifican que son los sistemas centrales los que controlan esos aspectos.

Gráfico 43: Previsión de costes de implantación

En caso afirmativo, ¿estaban estos costes previstos con anterioridad a la puesta en marcha?



Fuente: Elaboración propia

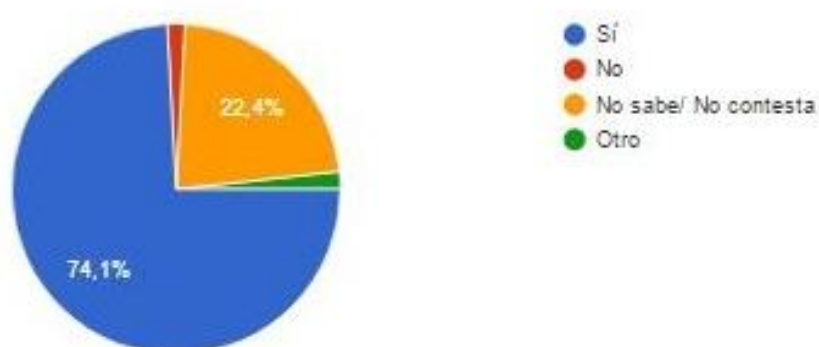
A continuación se analizan los resultados obtenidos en la pregunta referida a si se han traducido esos costes en una mejora efectiva de la calidad en sus organizaciones.

Según los resultados que podemos ver en el gráfico 44, parece evidente que, desde el punto de vista de los trabajadores de Residencias de Mayores, el coste de la puesta en marcha de los Sistemas de Gestión de la Calidad se ha traducido en una mejora efectiva de la calidad en sus centros, concretamente un 74,1% de los encuestados así lo

considera. Por contra, sólo un 1,7% de los encuestados considera que no ha supuesto una mejora efectiva de la calidad. Destaca en este caso un porcentaje del 22,4% que no sabe o no contesta esta pregunta.

Gráfico 44: Traducción de costes en mejora efectiva

En su opinión, ¿se traducen estos costes en una mejora efectiva de la Calidad en su organización?



Fuente: Elaboración propia

Otro de los aspectos a medir como consecuencia de la implantación de estos modelos es si se han emitido informes como consecuencia del proceso de evaluación o como parte de ésta.

Tal y como se puede comprobar en el gráfico 45, más de la mitad de los encuestados (56,7%) apunta que en su organización se han hecho informes, se han evaluado y se han puesto en marcha. Un 18,3% apunta que se han hecho informes y se han evaluado y un 10% afirma que no se han realizado informes de evaluación posteriores.

Finalmente, un 5% de los encuestados ha señalado "otro" como opción de respuesta. Entre los resultados de esta respuesta cabe destacar que especifican que se encuentran en sus primeros pasos en la implantación y aún no han generado informes o bien que se generan anualmente a través de auditoría interna o externa.

En cuanto a las variables “Costes igual a mejora efectiva” y la variable “Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad” es significativa al 95% y relación inversa baja/media $-0,369$. Por lo que podemos concluir que en los Centros Residenciales analizados que cuentan con un Sistema de Gestión de la Calidad, los costes que supuso su implantación son interpretados por sus trabajadores como una mejora efectiva de la calidad en el centro (resultados en anexo 5).

Gráfico 45: Informes de evaluación emitidos

Tras la aplicación de Sistemas de Evaluación de la Calidad, ¿cuántos informes de evaluación ha emitido su entidad?



Fuente: Elaboración propia

4.3. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA ENCALCERIS001

El análisis de las Entrevistas ENCALCERIS001 se desarrolla con posterioridad a la recogida de información directa de los entrevistados durante el trabajo de campo, y la posterior transcripción de las mismas. Para ello se ha utilizado soporte informático especializado en el análisis de datos cualitativo, en concreto el software libre especializado Weft QDA, versión 1.0.1.

Nº DE ENTREVISTAS ANALIZADAS: Se han analizado un total de 5 entrevistas.

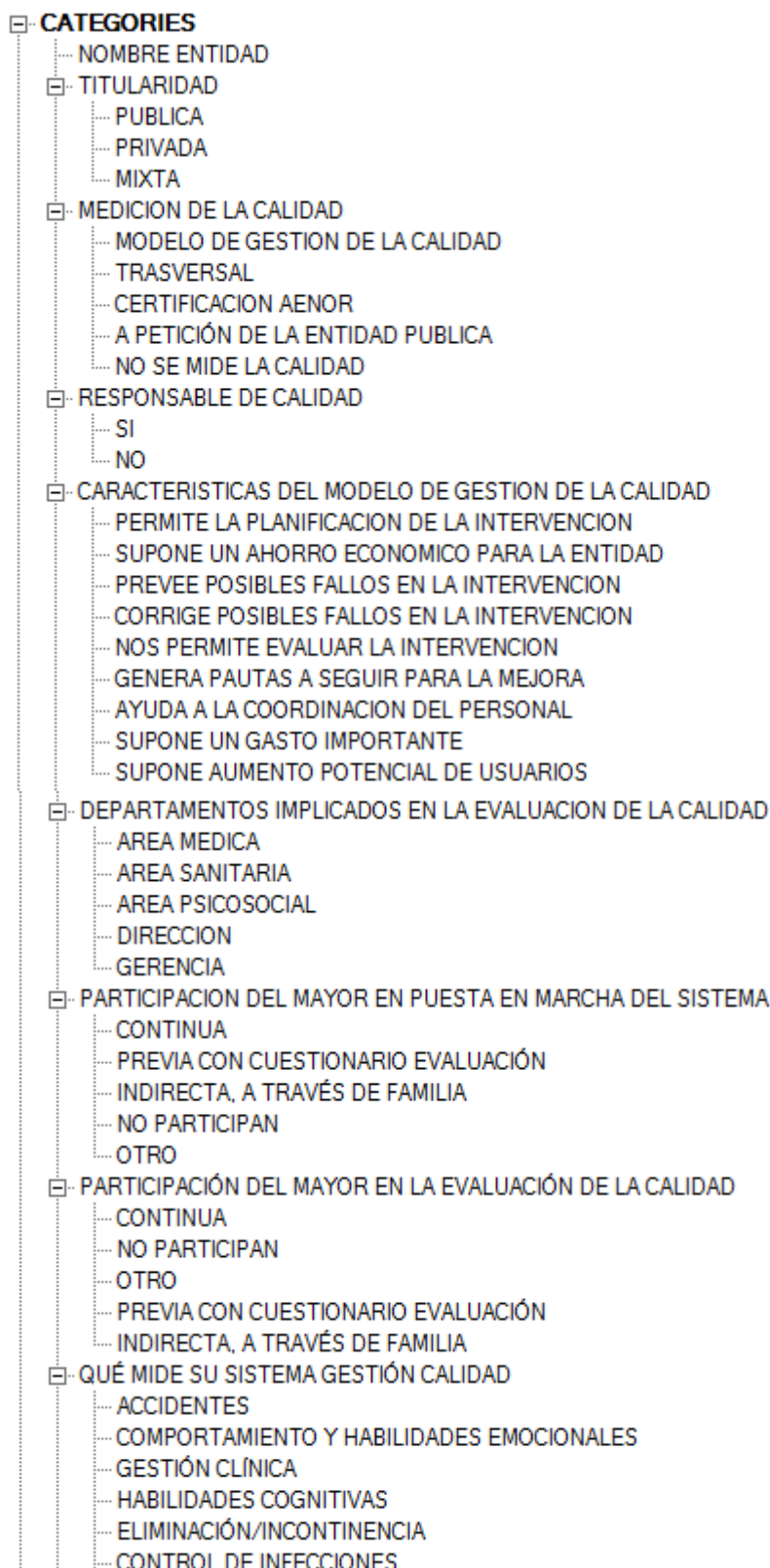
CÓDIGO DE ENTREVISTAS ANALIZADAS:

Gráfico 46: Códigos de entrevistas:

| | |
|---------|-------------------|
| ENTR. 1 | Judit Torers |
| ENTR. 2 | Abel Catela |
| ENTR. 3 | Beatriz Cuesta |
| ENTR. 4 | Lydia Ariza |
| ENTR. 5 | Alfredo Bohórquez |

CATEGORÍAS Y VARIABLES UTILIZADAS:

Gráfico 47: Árbol de variables



- ... ELIMINACIÓN/INCONTINENCIA
- ... CONTROL DE INFECCIONES
- ... NUTRICIÓN/ALIMENTACIÓN
- ... MANEJO DEL DOLOR
- ... FUNCIONES FÍSICAS
- ... USO DE FARMACOS Y PSICOTRÓPICOS
- ... CALIDAD DE VIDA
- ... CUIDADO DE LA PIEL
- ... COMPETENCIAS EMOCIONALES DEL PERSONAL
- ... COMPETENCIAS TÉCNICAS DEL PERSONAL
- ... CONDICIONES ARQUITECTÓNICAS
- ... CONDICIONES DEL MATERIAL
- ... RELACIONES INTERPERSONALES DE RESIDENTES
- ... NECESIDADES EDUCATIVAS DE RESIDENTES
- ... PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIAS
- ... EVALUACIÓN DE PROGRAMAS PARA EL MANTENIMIENTO Y MEJORA DE AUTONOMÍA
- ... EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL RESIDENTE
- ... OTRO
- ☐ FORMACIÓN EN CALIDAD
 - ... SÍ
 - ... NO
- ☐ IMPLANTACIÓN COMO MEJORA DE CALIDAD
 - ... SÍ
 - ... NO
- ☐ EVALUACIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD
 - ... SÍ
 - ... NO
 - ... NO SABE/ NO CONTESTA
 - ... OTRO
- ☐ EVALUACIÓN IGUAL A PLAN DE MEJORA
 - ... SÍ
 - ... NO
 - ... NO SABE/ NO CONTESTA
 - ... OTRO
- ☐ SOBRECOSTE PARA ENTIDAD
 - ... SÍ
 - ... NO
 - ... NO SABE/ NO CONTESTA
 - ... OTRO
- ☐ COSTES PREVISTOS
 - ... SÍ
 - ... NO
 - ... NO SABE/ NO CONTESTA
 - ... OTRO
- ☐ SISTEMA DE GESTIÓN MEJORA LA VISIBILIDAD RESIDENCIA
 - ... SÍ
 - ... NO
 - ... NO SABE/ NO CONTESTA
 - ... OTRO

- ☐ PESO DE VISIBILIDAD EN DECISIÓN DE IMPLANTACIÓN
 - ... NINGÚN PESO
 - ... ALGÚN PESO
 - ... PESO MEDIO
 - ... ES LA RAZÓN DE IMPLANTACIÓN
- ☐ OBLIGATORIEDAD DE SISTEMA DE GESTIÓN
 - ... SÍ
 - ... NO
- ... SITUACIÓN IMPLANTACIÓN EN SU COMUNIDAD AUTÓNOMA

DESCRIPCIÓN DE CONTENIDOS:

Entrevistas a residencias privadas: 3

Entrevistas a residencias públicas: 2

CV001: NOMBRE DE LA ENTIDAD

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [36-58]

Pere Mata Social, S.A.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [194-320]

Cooperativa El Roble, que actualmente gestiona la Residencia Municipal Vicente Ferrer del Municipio Castilblanco de los Arroyos.

ENTR.3: GRUPO AMMA [206-216]

Grupo AMMA

ENTR.4: [51-58]

Sanyres

ENTR.5: EULEN [104-110]

EULEN

CV002: TITULARIDAD

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [120-127]

Pública

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [194-279]

Cooperativa El Roble, que actualmente gestiona la Residencia Municipal Vicente Ferrer.

ENTR.3: GRUPO AMMA [772-954]

El grupo empresarial es de titularidad privada pero gestiona centros con plazas concertadas con la Administración. Unos centros son en propiedad y otros centros no son en propiedad.

ENTR.3: GRUPO AMMA [1203-1347]

Todos los centros tienen plazas concertadas, o bien a través de un pliego de prescripciones técnicas o a través de un convenio de colaboración.

ENTR.4: SANYRES [51-82]

Sanyres es un grupo residencial.

ENTR.5: EULEN [171-179]

Privada

CV003: RESPONSABLE DE CALIDAD

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [188-262]

¿Es usted la persona responsable de la Calidad en su centro?

Sí, lo soy.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [548-949]

coordinación en general como director técnico, y dentro de mis funciones principales está la gestión de los recursos humanos, que se trabaja en la gestión de personas, la gestión de los servicios, que garanticen un mínimo de calidad, diría, calidad percibida de los usuarios más que los sistemas de calidad, y después pues estaría también el tema de los sistemas de gestión que tenemos en la empresa.

ENTR.3: GRUPO AMMA [156-217]

Beatriz Cuesta García, responsable de Calidad del grupo AMMA.

ENTR.4: SANYRES [13104-13186]

una persona dedicada más o menos tiempo a la calidad, que soy yo como responsable.

CV004: DEPARTAMENTOS IMPLICADOS

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [7429-7970]

Inicialmente se creó una comisión de trabajo con un equipo de profesionales interdisciplinarios de distintos centros para el diseño inicial del mapa de procesos y procesos, además de un profesional externo asesor.

Mientras se diseñaban los procedimientos, protocolos y registros se crearon comisiones de trabajo con las distintas áreas. Una vez diseñados se realizó una sesión formativa para todos los profesionales implicados. Después se implantó la documentación y se hizo seguimiento de su implantación o la detección de posibles mejoras.

ENTR.3: GRUPO AMMA [12123-12368]

Al final nuestra oficina central ha sido muy ejecutiva y la parte operativa, la que llevan los centros, evidentemente todos tienen un grandísimo peso, todos, principalmente el director del centro y luego a partir de ahí, los mandos intermedios.

ENTR.3: GRUPO AMMA [12377-12442]

la carga del Sistema de Gestión abarca a todos los profesionales.

ENTR.3: GRUPO AMMA [12850-13016]

los mandos medios son los que de alguna manera transmiten, hacen la transferencia de los procesos y los requerimientos de los Sistemas de Gestión a todo el personal.

ENTR.4: SANYRES [7175-7260]

Uy, todo, son lo principal, sin el equipo de la Residencia poca calidad podemos tener.

ENTR.4: SANYRES [7358-7383]

cada uno tiene su papel.

ENTR.5: EULEN [11289-12021]

Yo creo que hay que diferenciar por un lado, centros que tengan ya una estructura más grande, con un volumen de profesionales un poquito más grande, por ejemplo, la función de dirección, tienen ahí un director/directora de líder del equipo la función de dirección tiene que estar muy compartida por equipo técnico e incluso con auxiliares. Los auxiliares deberían formar parte del equipo directivo, un representante de auxiliares. Tienen que ser modelos más participativos. Luego cada uno tiene su papel, unos están haciendo unas tareas, otros están haciendo una cosa, otros otra, pero tiene que tener una visión global de la organización general, una visión general de las personas usuarias y tienen que compartir esa información.

CV005: PARTICIPACIÓN DEL MAYOR EN IMPLANTACIÓN

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [3513-5555]

Es básico conocer los requisitos y las expectativas que las personas usuarias y sus familias tienen en relación a la atención que van a recibir de la Residencia o Centro de Día, más allá de los requisitos legales y reglamentarios que se aplican al servicio.

Durante la implantación se tuvieron en cuenta y se realizaron encuestas de satisfacción y se analizaron posibles quejas y sugerencias para resolver las diferencias entre las expectativas y requisitos de la persona usuaria y los procesos definidos.

Durante el diseño de cada uno de los procedimientos, también se definieron que acciones de participación en el propio proceso pueden hacer usuarios y familiares. Por ejemplo: durante la realización de la acogida, se permite la personalización de la habitación y poner las pertenencias del usuario al armario a los residentes y familiares...etc.

Por ejemplo, durante la revisión del Sistema de Gestión de hace unos años, detectamos la importancia de incluir la persona usuaria y su familia en el proceso de elaboración del Plan de Atención, los PAI, y definir objetivos que tengan en cuenta las expectativas de la persona usuaria, más allá de la actuación definida por los propios profesionales. Por eso, dentro de los objetivos de calidad de los años siguientes se definió el de la realización de un Plan de Atención Centrado en la Persona, como herramienta para mejorar el cumplimiento de expectativas y la satisfacción de la persona usuaria y su familia y a la vez mejorar el propio Sistema de Gestión, porque la información que se nos puede transmitir dentro de esas reuniones es de gran interés y valor.

También fue muy importante la definición de los canales de comunicación interna y externa con los usuarios, familiares y los trabajadores.

Se tuvieron en cuenta las aportaciones y la participación de los usuarios y familiares a diferentes comisiones de participación del centro (comisión de participación de centro, comisiones de valoración y diseño de actividades, grupos de ayuda, comisión de comedor y diseño de menús,...).

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [10080-10708]

Lo que es la teoría de los modelos en sí, le da muchísima importancia, la EFQM por ejemplo, cada uno de esos cajones de los que hemos hablado antes brevemente, le da un peso a los clientes importante, al final cuando habla de los resultados, nos dice que tenemos que medir como están nuestros mayores y hay cuantificadores más objetivos y más subjetivos, hay satisfacción, y en la ISO también, en la ISO se nos pide que o sea, tú tienes que saber la satisfacción, en este caso de nuestros mayores, por lo cual, por

normativa desde este requisito, desde estos modelos nos lo exigen, quieras o no tienes que hacerlo, con lo cual...

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [11151-11592]

Creo que en la cultura de estos sistemas se espera esto, otra es lo que cada uno haga, nosotros los cuestionarios que tenemos para ver la satisfacción de los elementos en los que no podemos obviarlos, nos tenemos que definir a nosotros, entonces claro, tú vas a tener información sobre lo que preguntes, tienes que tener información sobre la satisfacción de que queda mucho en el eje de la propia organización en como diseña ese instrumento.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [12742-13051]

hacemos sugerencias, sugerencias o quejas o propuestas de mejora, de los trabajadores a los usuarios, y después, diferentes reuniones que se hacen con los mayores o sugerencias o en las relaciones familiares que son un pilar muy importante sobre todo cuando hay un deterioro cognitivo grave, porque son la voz.

ENTR.3: GRUPO AMMA [5260-5681]

Nosotros en 2016 hicimos un cambio en nuestra misión, visión y valores, nuestro código ético, y sobre todo en nuestra política de calidad, porque hay una tendencia necesaria, y porque además así lo vemos, de hacer atención centrada en la persona. La Atención Centrada en la Persona, precisamente lo que busca es las particularidades del individuo como residente/usuario de centro y que todo el sistema se adapte a ellos.

ENTR.3: GRUPO AMMA [5691-5996]

Antes hacíamos un PAI (Proyecto de Atención Individualizado) y se veía que ese plan fuera muy parecido y se acoplara a la organización del centro. Ahora lo hacemos al revés, tratamos de adaptar o adaptarnos la organización del centro siempre a las necesidades de expectativas del residente y de su familia.

ENTR.3: GRUPO AMMA [6078-6479]

Nuestra base, evidentemente, es nuestra forma de trabajar pero siempre teniendo en cuenta las particularidades de la persona. La familia interviene un poco menos, interviene como conocedor del sistema, participa y se implica pero más desde la información más que en la toma de decisiones pero sí que somos centros abiertos a que las familias, por supuesto, participen del día a día de la residencia.

ENTR.4: SANYRES [3705-3790]

Participan, los residentes y los familiares participan muy activamente en el centro.

ENTR.4: SANYRES [3805-3896]

por ejemplo, en la elaboración de los Planes de Atención Individualizada deben participar.

ENTR.4: SANYRES [4471-4523]

ellos tienen todo el derecho si quieren participar.

ENTR.5: EULEN [7735-8295]

Ya no es que permitan que las personas usuarias participen o las familias o que las atiendas, las hagas cosas, sino que tienes que hacer la planificación con ellas, tienes que hacer que el servicio llegue a la individualidad de cada persona. Tienes que hacer que las relaciones entre personal y las personas usuarias o residentes sea una relación muy directa, muy de confianza, muy de trabajo diario pero muy igualitaria. O sea, no se trata de que el profesional esté arriba y la persona usuaria se sitúe abajo, recibiendo, sino que son relaciones igualitarias.

ENTR.5: EULEN [9722-10313]

Yo creo que los profesionales, cuando hay un buen equipo multidisciplinar, los profesionales tienen que pactar esto pero no ellos, determinar los horarios, las pautas, los criterios... Sino hacerlo con las personas usuarias y las familias en una relación mucho más igualitaria, más participativa. Yo creo que eso es un elemento de mejora

muy importante en el que tenemos que avanzar. Los profesionales estamos muy en el pedestal, somos los que damos las indicaciones, las pautas...No, debemos estar codo con codo con ellos y luego que ellos tomen decisiones en todos los aspectos de su vida.

CV006: PARTICIPACIÓN DEL MAYOR EN LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [5672-6425]

Se ha definido los procesos para tener en cuenta la opinión de los usuarios y familiares de forma anual y conocer su grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas.

También ha definido el sistema para promover la presentación de quejas, reclamaciones, sugerencias y agradecimientos y su correcta gestión.

También hay que tener en cuenta y analizar las quejas, sugerencias o los comentarios que pueden realizar usuarios, familiares y trabajadores, a pesar de que no presenten una queja formal, porque nos puede ser de utilidad para la mejora continua.

Además, se promueve la participación del usuario y su familia en la revisión de su Plan de Atención y consecución de objetivos, y comisiones de participación del centro, de las que te he hablado.

ENTR.3: GRUPO AMMA [6598-6737]

Hay en algunos centros donde algún residente ha llegado a estar en un PAI pero no es habitual, porque además desconocen las herramientas.

ENTR.3: GRUPO AMMA [6759-6998]

tú pasas las escalas de valoración y les evalúas desde el ingreso a las evaluaciones periódicas, que se hacen cada año o cada seis meses en función de las Comunidades Autónomas, pero participar en esas reuniones de valoración no participan

ENTR.3: GRUPO AMMA [7021-7411]

el equipo ahora trabaja a través de un técnico de referencia. Hemos implantado la figura del gestor del caso y del técnico de referencia, de forma que estamos intentando hacer, que haya un profesional, el más adecuado a las necesidades de ese residente para que

sea el que transmita al grupo esas necesidades de esa persona y que además sea quien recabe el plan de trabajo para esa persona.

ENTR.3: GRUPO AMMA [7443-7507]

no participa directamente pero sí a través del gestor del caso.

ENTR.4: SANYRES [4916-5151]

En la elaboración sí. Lo que pasa es que muchas familias no quieren, no quieren. Confían perfectamente en todo lo que dice el centro y no suelen querer participar. Pero sí que se les informa de cualquier decisión que se tome con ellos.

CV007: ASPECTOS DE LA INTERVENCIÓN MIDE EL SISTEMA

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [6840-7297]

Pues mira, mide desde la acogida, la valoración y plan de atención. También la atención psicológica y psicoestimulativa, la física y funcional, la atención sanitaria y la social. La atención asistencial propiamente y de las actividades de la vida diaria. Y luego ya el servicio de comedor, los servicios complementarios, cocina, limpieza y lavandería, mantenimiento... Además la gestión de recursos humanos. Se mete también en las compras y proveedores...

ENTR.3: GRUPO AMMA [9833-11236]

tenemos diferentes herramientas para medir: desde auditorías internas, que tenemos todos los años un plan de auditorías internas, auditorías externas, que evalúan el cumplimiento de los procesos adaptados a la persona, tenemos indicadores mensuales que valora: el índice de caídas, el índice de prevención de las úlceras por presión, infecciones de orina, las restricciones físicas para los centros a las que les queda, la polifarmacia, cuestiones como errores de medicación o cuestiones del servicio de limpieza, lavandería, cocina... Tenemos encuestas de satisfacción anuales con todos los atributos de la calidad posibles, tenemos un sistema de atención de quejas y reclamaciones, tenemos inspecciones y luego además tenemos multitud de visitas y

seguimientos de visitas por nuestros técnicos. Es decir, herramientas que tenga el Sistema de Gestión de la Calidad para evaluar el cumplimiento de esos procesos existen muchas y todo lo demás es cualitativo. O sea, porque el Sistema de Gestión lo tienen que hacer cumplir o los procesos los tienen que cumplir las personas que están allí. Yo a través de esas herramientas sólo mido la eficiencia que hacen los procesos pero para mí no existe un indicador del "nivel de humanidad" que tienen mis auxiliares, el nivel de confort con el cuidado que tiene el residente, salvo en la encuesta de satisfacción que contemplara esa parte pero no la contempla.

ENTR.4: SANYRES [2666-3291]

(UNE 158100) La gestión lo primero, como si fuese calidad y luego la atención sociosanitaria, está muy enfocada a lo que es la atención médica, psicosocial, trabajo social... Desde que entra el residente hasta que sale, el preingreso y el ingreso, la atención, la elaboración de los Planes de Atención Individualizada, la atención directa tipo: aseo, baño, alimentación, higiene... Todo, hasta que causa baja por un motivo o por otro. Todo eso está totalmente procedimentado, con una serie de registros, con indicadores específicos, lo cuál te dice perfectamente lo que tienes que hacer para cumplir con una adecuada gestión.

ENTR.4: SANYRES [3292-3483]

Luego, la ISO 9001 es muy genérica, se puede aplicar a cualquier tipo de empresa y la norma UNE (158100) lo que ha hecho es coger la norma ISO de calidad y adaptarla a Centros Residenciales.

CV008: FORMACIÓN

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [8186-8564]

Sí, por supuesto. Se dio durante la implantación de cada uno de los procedimientos y documentación, y a pesar de que algunos de los profesionales habían participado en las comisiones de trabajo. Se hicieron sesiones formativas antes de la implantación.

Bueno, y además de forma periódica, se realizan sesiones formativas ante actualizaciones o reciclaje de los propios procesos.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [15626-15984]

yo quizá diferenciaría entre lo que es formación más técnica que tiene que tener el personal de dirección y el personal por parte de los equipos de calidad, en lo que nosotros particularmente, los formamos mucho tiempo, varias personas, no solo hay una persona que lleva calidad, diferentes personas representando a los diferentes segmentos de organización.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [16381-16427]

la sensibilización es que la gente nos conozca.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [17181-17528]

Algunos libros, libros que hablan de eso hay un tiempo que se lo regalábamos a todo el personal que habla de mejora, pequeños cuentos muy fáciles de leer para cualquier nivel que al final lo que queremos transmitir es la sensación de que queremos mejorar, ósea queremos mejorar porque somos conscientes de que siempre hay posibilidades de mejora.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [18972-19070]

hace falta la formación, que nosotros la tenemos, en determinadas personas y determinados puestos.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [19742-19876]

son muchos ingredientes, pero al final es q la gente perciba que en nuestra organización hay esta cultura, y hay diferentes acciones.

ENTR.3: GRUPO AMMA [13190-13442]

el proceso de implantación hicimos mucho trabajo de consultoría interna. Es decir, tuvimos una consultora externa, por supuesto, pero sobretodo el equipo del área de calidad y del área técnica de la compañía hicieron abordaje a los diferentes centros.

ENTR.3: GRUPO AMMA [13508-14185]

Ahora cuando llega un centro nuevo hay un abordaje, vamos hacia el centro, trabajamos con los equipos, haciendo la implantación de los procesos y de los protocolos de asistencia. Se ponen en marcha y se supervisa esa puesta en marcha y luego se audita, o sea, el proceso es muy de ir vinculados a la formación de los trabajadores y luego cuando se incorpora un profesional nuevo lo que se le hace es una acogida con formación. En función del puesto para el que sea hay unos catálogos de formación y reciben una actividad formativa, tanto de la herramienta con la que nosotros trabajamos con una hecha a medida, como el propio funcionamiento y procesos y del modelo asistencia.

ENTR.4: SANYRES [8217-8275]

Sí, nosotros tenemos formación tanto interna como externa.

ENTR.4: SANYRES [8300-8581]

uando se fue a implantar la norma UNE se le dio formación externa a todo el equipo sobre la norma: en qué consistía, cuáles eran los estándares de calidad que queríamos obtener, la medición de resultados, los indicadores que vamos a tener que ir completando, lo que se iba a hacer.

ENTR.5: EULEN [13148-13158]

Correcto.

ENTR.5: EULEN [13346-14031]

El Sistema de Calidad no establece criterios obligatorios de intensidad de formación o tipo de formación pero sí establecen pautas generales de la formación. Hay que pensar

que en formación hay dos tipos de formación: una que es la formación habitual de los Planes de Atención Generales y otra, que es la más importante, que es la formación interna donde los propios profesionales se forman entre ellos. Hay que pensar que la formación externa, de gente que viene de fuera es importante, pero es mucho más relevante la formación interna que se puede dar dentro del propio equipo profesional, de apoyo y de pautas y de visión común. Entonces, hay que perfilar ambos tipos de formación.

CV009: NECESIDAD DE FORMACIÓN

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [8601-8775]

Es que nosotros no entendemos la forma de trabajar sin seguir la metodología definida en el propio Sistema de Gestión. Es que consideramos totalmente necesaria su aplicación.

ENTR. 3: GRUPO AMMA [14279-14296]

Es indispensable.

ENTR.4: SANYRES [9454-9524]

Sí, la formación continua es muy importante. Muy, muy, muy importante.

ENTR. 4: SANYRES [9525-9821]

Nosotros en Sanyres siempre dedicamos una parte bastante importante del tiempo del trabajo para el aprendizaje, para, la formación. Todos los años, a principios de año le pedimos a cada director que nos diga qué formación quiere para su centro, e incluso los propios trabajadores proponen cursos.

CV010: IMPLANTACIÓN COMO MEJORA CALIDAD

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [8953-9585]

Sin duda. Trabajar con el Sistema de Gestión de Calidad, nos permite acercarnos cada vez más a las expectativas y la satisfacción total de la persona usuaria.

Además es que nos permite monitorizar cada uno de los procedimientos y detectar rápidamente los valores que se desvían de lo especificado y mejorar año tras año los resultados (me refiero al número de derivaciones hospitalarias, número de caídas, número de sujeciones, número de úlceras, participación de los usuarios en los programas psicoestimulativos, funcionales, relacionales o de ocio, incidencias con los distintos servicios, número de prendas de ropa perdidas...).

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [9592-10020]

es que el propio sistema también nos obliga a revisar anualmente, nuestra política de calidad y compromiso, la consecución de los objetivos de calidad definidos, la satisfacción de los residentes, familiares y trabajadores, la consecución de los indicadores de procesos, las opciones de mejora detectadas en las auditorías y en las inspecciones y el seguimiento de todas las acciones correctoras y acciones de mejora definidas.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [20296-20798]

Yo creo que sí lo hay, de hecho cuando le damos menos importancia a esto se nota más, de hecho nuestra estrategia ahora es mirar hacia dentro, somos una pequeña empresa, cuando utilizas una serie de cosas dejas de atender otras, porque en nuestro sistema, va en nuestra cultura, y ya rueda solo, pero es necesario ese especial, atención, y de hecho estamos tan seguro de ello que ahora nuestra estrategia es mirar hacia dentro para seguir estando más pendiente de esto, porque ha dado muchos resultados.

ENTR.3: GRUPO AMMA [14519-14734]

Por supuesto, estoy muy convencida de ello, mucho, mucho. Es un trabajo que necesita continuidad. Tú siempre que lo evalúas siempre necesitas seguir mejorando pero evidentemente el cambio ha sido muy significativo.

ENTR. 4: SANYRES [10371-11332]

Sí. Sí, porque tener un Sistema de Gestión de la Calidad nos ayuda, nos ahorra tiempo, nos ahorra costes, nos ahorra tener fallos y eso hace que todo vaya muchísimo mejor. Cada uno sabe lo que tiene que hacer, sabe cómo tiene que hacer, sabe si falla cómo puede corregirlo, se les ayuda y nos hace trabajar muchísimo mejor. Antes cada centro podía hacer las cosas a su manera y no lo teníamos controlado, no sabíamos dónde podían estar los fallos y ahora al tenerlo todo con sistema de gestión por procesos similar en todos los centros, todos trabajan con los mismos protocolos y los mismos procedimientos de trabajo, entonces, todos, desde una auxiliar en Córdoba o en Madrid sabe perfectamente lo que tiene que hacer desde que entra por la mañana hasta que se va en su turno. En todos los equipos lo tienen todo clarísimo y nos ayuda a trabajar muchísimo mejor, con más tranquilidad y muchísima seguridad al tener un Sistema de Gestión de Calidad implantado.

ENTR.5: EULEN [15296-15752]

nosotros lo tenemos bastante demostrado porque tenemos una tabla de indicadores que llamamos cuadro de mandos integral y cuadro de mandos asistenciales en los servicios. Tenemos una batería, que en total pueden ser más de 150 indicadores, que vemos en un informe anual, y tenemos muy medido desde que hemos empezado, estos ocho o diez años de gestión pues por ejemplo, estamos en tasas de satisfacción de trabajadores de un 85%. Empezamos con un 60, 65%.

CV011: EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN

ENTR. 1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [10114-10156]

Sí, realizamos esta evaluación anualmente.

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [10219-11004]

Pues en esta reunión hacemos un análisis global de los aspectos que puedan influir en el Sistema de Gestión y el desarrollo de nuestra organización, más allá del análisis del día a día que se realiza en el Control de Gestión. De esta reunión se genera una Acta y

se analizan las Acta de la revisión por la dirección previa, la revisión del Plan de objetivos anual y grado de consecución además del diseño del nuevo Plan de objetivos. Autoevaluamos el servicio, hacemos un seguimiento de los planes de acción y las propuestas que tengamos para acciones nuevas. Vemos el resultado de las auditorias y las inspecciones, Vemos en lo que respecta al cliente el informe de Satisfacción de Usuarios y el análisis de las quejas y reclamaciones un poco para que haya una retroalimentación.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [21443-21959]

Dentro de los sistemas, esta, por ejemplo, el de la ISO, hay Demo en la que realizamos un poco todo lo que hay con eso, entender lo que hay, vemos en lo que tenemos que mejorar, desde cambiar los planes de formación, mirar más hacia fuera con las alianzas en un punto clave del modelo EFQM, también en eso se hace referencia.

Estando en la ACSA, pues compartiendo cuanto al tema de los estándares o gracias a los estándares de la ACSA, entonces nos ayuda, y, sobre todo, un poco esa cultura de que podemos mejorar.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [22732-23307]

en nuestro caso, y como medimos los sistemas, bueno, aquí es una medida más subjetiva de nuestra percepción o también de si vamos a una jornada o vamos a un curso, ves lo que se dice, nosotros de nuestra experiencia, hemos desechado algunos de los sistemas que hemos iniciado, al final vemos que cada sistema habla de algo diferente, o pone el inciso en algo diferente cuanto eso, al objetivo central, a lo que más atención presta, pero después, la esencia es todo, es una mejora continua, con lo cual, nosotros lo vemos como herramientas, instrumentos, que podemos utilizar.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [23941-24101]

los sistemas tienen su propia evaluación que son las auditorias, cuando viene la certificadora que tu tengas, viene a evaluar cómo estas implantando el sistema.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [24179-24355]

si fallamos mucho en los criterios que nos marcan pues algo no estaremos entendiendo bien d este sistema y la EFQM pues bueno, también presentamos memorias y en los últimos años.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [24381-24484]

la evaluación subjetiva que se hace desde la edición de la empresa, sobre cómo nos están aportando o no.

ENTR. 3: GRUPO AMMA [14944-15447]

Nosotros para eso tenemos las auditorías internas y las auditorías externas. las auditorías externas son las de certificación. Una vez al año nos vienen, en este caso nuestra entidad certificadora es AENOR. Nosotros en tres años auditamos los 30 centros más las oficinas centrales y esta entidad acreditadora está acreditada por ENAC, o sea, que el sistema de evaluación del modelo de gestión es el que existe ahora mismo a nivel nacional y yo creo que el más adecuado, los resultados son espléndidos.

ENTR. 4: SANYRES [11490-12607]

Nosotros todos los años hacemos una revisión por parte de la dirección en la que se evalúa todo lo que ha pasado en el centro durante cada año. Lo hace el director con la ayuda de la central y se evalúan desde cambios que han podido suceder durante el año, mejoras que se han producido, modificaciones de la licitación, auditoría que hemos tenido, evaluaciones de proveedores, evaluaciones de clientes, encuestas de satisfacción... Todo eso se analiza y se hace un resumen y un informe en el que vemos si es favorable o si no ha sido positivo el año y proponemos mejoras, objetivos de calidad para el siguiente año, porque esto se trata de mejorar. Mejorar por supuesto incidencias que se han dado a lo largo del año, que se han ido solucionando y si no se han podido solucionar se busca la forma de que se pueda hacer en el siguiente período. Es una forma de evaluación continua, nosotros la hacemos anual pero luego tenemos también evaluadores externos. Anualmente hacemos auditorías de calidad con empresas externas

certificadas, para poder mantener la certificación. La evaluación es importante, lo que hacemos.

ENTR.5: EULEN [15969-16737]

Los sistemas más potentes como te decía, como el EFQM es un sistema que ya establece que tienes que medir: satisfacción de cliente contractual, satisfacción de personas usuarias, satisfacción de familiares, satisfacción de trabajadores, satisfacción de proveedores, tienes que medir la percepción de la sociedad con respecto a lo que haces y tienes que medir los resultados asistenciales de caídas, de adaptación, de úlceras... Todos los datos asistenciales, tienes que hacer una batería de medición. Cuando vas obteniendo los resultados, que suelen ser mes a mes, las encuestas de satisfacción suelen ser anuales, planteas unos objetivos o estándares y ya vas planteando elementos de mejora por cada indicador y eso al final lo que haces es un sistema de evaluación.

CV012: EVALUACIÓN IGUAL A PLAN DE MEJORA

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [11101-11365]

Sí, a partir de esta evaluación se marcan los objetivos de calidad para el próximo año (o próximos años si el objetivo se lleva a cabo durante 2 ó 3 años), las acciones para el cumplimiento de los objetivos y la medición del grado de consecución de este objetivo.

ENTR.3: GRUPO AMMA [15671-15845]

Sí, para las encuestas de satisfacción, en base a los resultados. Tras cualquier pregunta que esté por debajo de 7 hay un plan anual de mejora que establece el propio centro.

ENTR.3: GRUPO AMMA [16115-16206]

además tenemos el sistema de auditorías internas, de ahí salen planes de trabajo continuos.

ENTR.3: GRUPO AMMA [16207-16605]

Lo que pasa es que ahí no es como tal un plan de mejora sino, cómo decirte, es de mejora porque ante desviaciones de un requerimiento tienes que analizar causas, eliminar la causa del problema y poner en marcha planes para evitar eso. Mejora? bueno, mejora en cuanto que es obligatorio cumplir con los requerimientos del sistema, pero es un sistema planificado a través de las acciones correctivas.

ENTR. 4: SANYRES [10371-10543]

Sí. Sí, porque tener un Sistema de Gestión de la Calidad nos ayuda, nos ahorra tiempo, nos ahorra costes, nos ahorra tener fallos y eso hace que todo vaya muchísimo mejor.

CV013: SOBRECOSTE PARA ENTIDAD

ENTR. 1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [11580-12100]

Los costes estaban previstos al principio de la implantación Si se han hecho acciones que hayan requerido de nuevos costes pues se han presupuestado y validado por la gerencia.

Aún así, unos de los objetivos que tiene el sistema de gestión de calidad, es hacer un óptimo uso de los recursos del centro, con lo cual, el sistema de gestión no ha permitido la disminución de los costes en algunos conceptos, algunos como papel (con la informatización de todo el sistema que hemos hecho), o también costes de mantenimiento.

ENTR. 2: COOPERATIVA EL ROBLE [25253-25264]

Sí lo tiene.

ENTR. 3: GRUPO AMMA [16963-17712]

Yo diría que más que coste económico es un coste de recursos humanos, el hecho de tener que hacer más documentación, más registros, eso supone que las personas tengan que estar más dedicadas. También es verdad que nosotros funcionamos con un sistema

informático diseñado para nosotros y que para que ese sistema informático de cumplimiento a nuestros requerimientos también hay que ponerlo en marcha con una serie de consultores y un día a día. Esos son recursos humanos y recursos económicos. Sin duda, recursos económicos se necesitan pero no sabría cuantificarte si mucho más de lo que, sin tener un sistema de gestión, sí que hubiéramos necesitado. Probablemente el sistema informático lo hubiéramos tenido igual estuviéramos certificados o no.

ENTR.4: SANYRES [12802-12959]

Sí, bueno, tiene un coste pero un coste que es mínimo para la cantidad de trabajo que luego nos ahorra y la cantidad de fallos que evitamos cometer y demás.

CV014: COSTES PREVISTOS

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [11580-11609]

Los costes estaban previstos

ENTR.3: GRUPO AMMA [17854-18281]

Sí claro, evidentemente. Cuando se planifica un proyecto de este tipo haces un abordaje de los recursos que puedes tener y el nivel de implantación: rapidez, velocidad, la intensidad con la que se hace también depende de los recursos que tienes tanto humanos como económicos. No es que se base únicamente en la cuestión económica pero claro, tienes que planificarlos, tienes que prever si vas a poder disponer de los recursos.

ENTR.5: EULEN [18402-18792]

Yo creo que es bueno comunicar lo que haces, es decir, no es bueno mentir, o decir que eres lo que no eres, pero es muy importante comunicar lo que haces, que lo sepa la gente, que lo sepa tu equipo, que lo sepan los clientes, que lo sepa la sociedad. Esto es algo muy importante. En el modelo de calidad, uno de los temas clave son temas de liderazgo y de comunicación que van muy pegados.

ENTR.5: EULEN [18991-19499]

Cuando hablamos de que es bueno comunicarlo, es bueno visibilizar positivamente la importancia de los profesionales y la importancia de los modelos y la importancia de los servicios en la sociedad y a los clientes y a todo el mundo y a los trabajadores. Esto es muy importante, es un aliado del marketing, las redes sociales, las páginas web, pero tienes que enseñarlo. Hay que hablar de las cosas buenas, del talento de la gente. Gratificar y reconocer el trabajo de la gente. Esto es un Sistema de Calidad.

CV015: IMPLANTACIÓN MEJORA VISIBILIDAD

ENTR.1: FUNDACIÓN PERE MATA S.A. [12516-12770]

Inicialmente sí. Puede que en relación al marketing y publicidad del centro mejora la visión de la entidad y del centro, sí. Pero posteriormente, sólo tiene sentido si la mejora la perciben las personas usuarias, familiares y la propia administración.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [27812-27982]

La verdad es que no lo tengo muy claro, creo que aporta mucho más que a nivel comercial, no lo tengo claro porque hay que pensar a nivel empresarial en nuestros clientes.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [28149-28484]

a nivel particular hombre, nuestra sociedad no ha llegado a ese nivel para exigir o creo que hay cada vez más gente que está emitida en el mundo pero hay personas que no tienen ni idea, hay mayores que le hablo de calidad y no tienen ni idea de lo que le estoy hablando, con lo cual no lo veo una ventaja muy competitiva en ese sentido.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [28486-28644]

si hay un porcentaje de los señores que entre, que creo que es pequeño, o de la población, que creo que le puede dar valor, porque cada vez está más extendido.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [29306-29692]

Yo, no lo sé, creo, que más que implantar un modelo, me parece una buena estrategia de marketing, decir que tu cada día quieres trabajar mejor y si lo explicas con que esto te ayuda a reconocer de que todos queremos mejorar y que por muy grande que seas y potente que seas tenemos errores y la cuestión es empezarlo o con posibilidades de mejora, desde este punto de vista lo vería bien.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [30004-30081]

el tema de calidad ya te digo, creo que por desgracia no se le da mucho valor

ENTR.3: GRUPO AMMA [19255-19648]

por supuesto. Además, nosotros tenemos un departamento de comunicación con el que trabajamos continuamente, tanto la comunicación interna, ya que nuestros trabajadores son prescriptores de la marca, porque todo su entorno lo conoce. Y por lo tanto, tener un Sistema de Gestión certificado hace que tu trabajadores, puedan hablarlo por el que están y por lo tanto comercialmente es muy bueno.

ENTR.3: GRUPO AMMA [19657-20045]

de cara a las administraciones públicas, tú piensa que las administraciones tanto a nivel de inspectores como de otros médicos a su vez son prescriptores de la marca y el hecho de tener un Sistema de Gestión hacen que se sientan con esa confianza además de conocernos con la operativa del día a día y saber cómo trabajamos. Pero esas certificaciones les hacen tener unas ciertas garantías.

ENTR.3: GRUPO AMMA [20055-20301]

a nivel de mercado podría decirte que una de las cosas que hacemos, como el hecho de tener centros libres de sujeciones ha hecho que la gente prefiera esperar una lista de espera para ingresar en uno de nuestros centros a ingresar en otro centro.

ENTR. 4: SANYRES [13871-14216]

Queremos pensar que sí. Lo que pasa que eso es muy difícil de medirlo. Nosotros tenemos nuestra política de calidad, colgada en cada uno de nuestros centros, nuestros certificados están siempre bien visibles para que todo el mundo nos conozca y, evidentemente, explicamos a la gente que nosotros trabajamos con un Sistema de Gestión de Calidad.

ENTR. 5: EULEN [18402-18792]

Yo creo que es bueno comunicar lo que haces, es decir, no es bueno mentir, o decir que eres lo que no eres, pero es muy importante comunicar lo que haces, que lo sepa la gente, que lo sepa tu equipo, que lo sepan los clientes, que lo sepa la sociedad. Esto es algo muy importante. En el modelo de calidad, uno de los temas clave son temas de liderazgo y de comunicación que van muy pegados.

ENTR.5: EULEN [18991-19499]

Cuando hablamos de que es bueno comunicarlo, es bueno visibilizar positivamente la importancia de los profesionales y la importancia de los modelos y la importancia de los servicios en la sociedad y a los clientes y a todo el mundo y a los trabajadores. Esto es muy importante, es un aliado del marketing, las redes sociales, las páginas web, pero tienes que enseñarlo. Hay que hablar de las cosas buenas, del talento de la gente. Gratificar y reconocer el trabajo de la gente. Esto es un Sistema de Calidad.

CV016: PESO DE VISIBILIDAD EN LA DECISIÓN DE IMPLANTACIÓN

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [12876-13366]

Tiene peso, en el sentido que la administración pública catalana promueve y valora la implantación de sistemas de gestión en servicios públicos, es verdad que inicialmente este fue un motivo de peso para la implantación del sistema en todos los centros de personas mayores que gestiona la entidad, pero, actualmente en nuestro caso, es mayor el peso que tiene la sistematización del trabajo, la evaluación de los procesos y la mejora continua que permite el Sistema de Gestión de Calidad.

ENTR.2: COOPERATIVA EL ROBLE [30507-31083]

Indirectamente. Si yo tengo este sistema los mayores están más contentos, si los mayores están más contentos no se van a querer ir a otro centro, van a hablar mejor de nosotros, más posibilidades de que se reconozca nuestro trabajo de forma objetiva porque obtenemos una determinada puntuación o podemos asegurar no sólo porque diga que somos un centro de trabajo, sino porque hay auditores de centro que lo valora, entonces de forma objetiva, ósea, indirecta como decía, es lo principal, que alguien quiera utilizarlo como comercial, bueno, en nuestro caso no es lo principal.

ENTR.3: GRUPO AMMA [20689-20850]

de hecho el área de Comunicación y Marketing que en AMMA es la misma persona es un poco el incitador de todo esto y de muchas de las certificaciones que tenemos.

ENTR.3: GRUPO AMMA [20953-21216]

básicamente son los que van tirando: oye, vamos a dar un poquito más, especificación, acreditación, para que nos destaquemos en el mercado. El marketing es muy, muy importante, las acreditaciones y certificaciones para la parte comercial son muy, muy importantes.

ENTR.4: SANYRES [15015-15310]

Para nosotros muchísimo. La decisión para la dirección general de la empresa era algo muy obvio que teníamos que tener porque al final hasta empieza a dar puntos de cara por ejemplo a participar en concursos de adjudicación de plazas, el tener un Sello de Gestión de Calidad ya te puntúan mejor.

ENTR.5: EULEN [18683-18868]

En el modelo de calidad, uno de los temas clave son temas de liderazgo y de comunicación que van muy pegados. Y tú tienes que comunicarlo, porque esto es muy importante, visibilizarlo.

ENTR.5: EULEN [18992-19499]

uando hablamos de que es bueno comunicarlo, es bueno visibilizar positivamente la importancia de los profesionales y la importancia de los modelos y la importancia de los servicios en la sociedad y a los clientes y a todo el mundo y a los trabajadores. Esto es muy importante, es un aliado del marketing, las redes sociales, las páginas web, pero tienes que enseñarlo. Hay que hablar de las cosas buenas, del talento de la gente. Gratificar y reconocer el trabajo de la gente. Esto es un Sistema de Calidad.

CV017: OBLIGATORIEDAD DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN

ENTR. 1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [13646-13923]

Sólo si luego la propia Administración comprueba la implantación del sistema, el que se cumplan los requisitos, la satisfacción de usuarios y familiares y para los centros públicos, adjudica los recursos necesarios para una gestión de calidad y óptima, sino no tiene sentido.

ENTR.3: GRUPO AMMA [21515-21634]

ISO 9001 parte de la base de que es voluntaria. Si fuese obligatoria perdería parte del valor diferenciador que tiene.

ENTR.3: GRUPO AMMA [21673-21840]

para poder concertar plazas públicas sí que te obliga la administración a que tengas un sistema certificado: con ISO 9001, con EFQM o con otro modelo. Es obligatorio.

ENTR.3: GRUPO AMMA [21846-21971]

el hecho de que obligue a alguien a hacer la certificación, desde mi punto de vista, ya pierde el valor de la diferenciación.

ENTR.3: GRUPO AMMA [21973-22202]

Yo me quiero diferenciar por mi modelo de gestión, no porque esté certificado sino porque realmente funciona y da un nivel de calidad elevado. Para mí la certificación es un valor añadido "premio" pero no debería ser obligatoria.

ENTR.3: GRUPO AMMA [22610-22653]

creo que no debería ser nunca obligatorio.

ENTR.4: SANYRES [15911-16593]

Obligatoria no, no. Porque es algo opcional. Lo importante es trabajar con un Sistema de Gestión de Calidad, otra cosa es que luego lo certifiquen o no, pero sí que es cierto que tienen que pedir unos estándares de calidad a todo el mundo por igual. Otra cosa es que luego tú lo hagas de una forma o de otra, pero sí que es cierto que tú tienes que acreditar que tú trabajas basado en unos principios, en unos procesos de mejora continua en la que te preocupas tanto de tus trabajadores como de tus clientes, tus proveedores y de la sociedad en la que desarrollan la actividad que haces porque de alguna forma tienes que acreditarlo. Que te obliguen a tener una acreditación, no.

CV018: SITUACIÓN DE IMPLANTACIÓN EN SU COMUNIDAD AUTÓNOMA

ENTR.1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [14656-15171]

La mayoría de entidades que gestionan servicios públicos tienen un Sistema de Gestión de Calidad certificado.

Nuestros centros privados con plazas colaboradoras, hicieron un esfuerzo años atrás para la implantación de Sistemas de Gestión de Calidad. Ahora mismo algunos los mantienen y con certificación, y otros tienen el Sistema de Gestión pero no lo tienen certificado, o dejaron de realizar las auditorías de certificación.

Tampoco dispongo de datos de centros privados sin plazas colaboradoras, concertadas.

ENTR.3: GRUPO AMMA [24393-24487]

las administraciones públicas en todas las Comunidades Autónomas lo exigen a nivel concierto.

ENTR.3: GRUPO AMMA [24586-24730]

las plazas públicas en todas las Comunidades Autónomas te lo piden, todas por igual. Es un porcentaje vinculante a la hora de concertar plazas.

ENTR.3: GRUPO AMMA [24871-25137]

Sí que es verdad que hay muchas Residencias pequeñas, muchos centros incluso de monjas que están exentos para este tipo de cosas, son privados. También hay centros públicos directamente de la administración, que creo que a ese nivel no les exigen una certificación.

ENTR.4: SANYRES [17929-18456]

Igual. La Comunidad de Madrid tiene unos estándares muy altos de calidad y pide muchísimo y cada Comunidad Autónoma tiene su propia normativa y es difícil. Según la Comunidad exigen unos estándares, unos exigen unos y otros piden otros, pero al final todos piden lo mismo: la máxima atención, la máxima calidad que se pueda ofrecer en un centro de trabajo como es el nuestro donde trabajamos con personas, determinado tipo de residentes y entonces tenemos que tener unos estándares muy altos de calidad y nos exigen muchísimo.

ENTR.4: SANYRES [18845-19024]

n temas de atención a la Persona Mayor van todos en la misma línea, todos se van como copiando unos de otros y si exige mucho, en la siguiente revisión que haga va a exigir más.

ENTR.5: EULEN [19904-20712]

Aquí yo creo que, en cuanto a grandes compañías es universal la aplicación de diferentes Modelos de Calidad. Y lo que son en compañías pequeñas, que suelen

pertenecer a federaciones empresariales, yo creo que ya más de la mitad en España tienen modelos certificados, muchísimas. O sea, que es mucho más amplio. No todos lo pueden llegar a tener y por eso creamos en la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología el sistema de acreditación para intentar facilitar a esas entidades un sistema que les aporte información, que les sea útil y que les sea lo más barato posible, pero yo creo que de las pequeñas más de la mitad lo tienen, de las medianas más del 80% y de las grandes tienen ya el 100% y creen en ellos (en los sistemas de gestión de la calidad) y que son importantes para las organizaciones.

CV019 PARTICIPACIÓN DEL MAYOR SUFICIENTE

ENTR. 1: FUNDACIÓ PERE MATA S.A. [6485-6748]

Hombre, siempre es mejorable. A pesar de las herramientas que tenemos, no todos los usuarios y familiares participan en los mecanismos de participación del centro. Seguramente hay que promover más la participación de los familiares, que esa sí que nos falta más.

ENTR. 3: GRUPO AMMA [8646-8855]

expresado de esta manera: participan o no participan, pues oye, yo no me los llevo a una reunión pero por supuesto que participan porque cada individuo y sus necesidades son evaluados de forma independiente.

ENTR. 4: SANYRES [6279-6450]

Ellos pueden participar en todo lo que pasa es que luego, claro, las decisiones tienen que ser consensuadas entre nosotros, el equipo y los familiares y el propio usuario.

BLOQUE 5: CONCLUSIONES

5.1. CONCLUSIONES GENERALES

5.2. CONCLUSIONES POR TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

5.2.1. CONCLUSIONES DE LA TÉCNICA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL Y BIBLIOGRÁFICO

A través de la técnica de análisis bibliográfico y documental se analizó el impacto científico que han tenido los Sistemas de Gestión de la Calidad.

En primer lugar, pudimos comprobar que, en los años analizados en la búsqueda bibliográfica 2010 a 2017, hubo un número muy bajo de publicaciones relacionadas con la gestión de la calidad en términos generales tanto en las búsquedas generales iniciales, referidas a la calidad en el ámbito residencial como las específicas relacionadas con los indicadores de calidad en Residencias para Personas Mayores (185 publicaciones), o las referidas de manera más concreta a la gestión de la calidad en Residencias para Personas Mayores. Podemos concluir por ello, que la gestión de la calidad es una material tratada de manera residual en las publicaciones científicas entre los años 2010 a 2017, ambos inclusive. Este hecho nos puede llevar a pensar que, al tratarse de una materia relativamente novedosa, tiene aún poca presencia en las principales publicaciones, llegando incluso a sufrir un declive en términos generales en los últimos cinco años.

Por lo que respecta a los tipos de publicaciones, una gran mayoría, superior en todos los casos al 80%, lo constituyen artículos de revista.

En cuanto al área científica donde se clasifican los artículos, una gran mayoría procede del ámbito médico-sanitario, constituyendo en todas las búsquedas, más del 80% del total de publicaciones. La existencia de artículos clasificados como "ciencias sociales" resulta mínima, no superando en ningún caso el 15% de los resultados de cada búsqueda destacada. Esto hecho, nos puede llevar a pensar que, efectivamente, los indicadores y

aspectos medidos por los Sistemas de Gestión de la Calidad, son fundamentalmente de tipo médico-sanitario ya que son éstas áreas la que más hincapié hacen en los diferentes indicadores de calidad en Residencias para Personas Mayores.

Por lo que respecta al área de gestión de negocios, aunque minoritario, también se analizó la presencia de artículos científicos enmarcadas dentro de esta materia, aunque igualmente, se apreció una tendencia a la baja de este tipo de artículos relacionados directamente con la gestión empresarial de Residencias para Personas Mayores.

A través de los índices analizados, pudimos identificar las publicaciones de mayor impacto y más cantidad de artículos relacionados con la materia así como el número de citas de estos artículos y su impacto científico. Los artículos que se desprendieron de las búsquedas realizadas cuentan con unos índices de citación bajos, en línea con la poca cantidad de producción científica destacada en los resultados de las diferentes búsquedas realizadas a través de SCOPUS.

A través de estas búsquedas pudimos delimitar las diferentes conceptualizaciones del concepto de calidad desde distintas áreas científicas y distinguir entre los diferentes Modelos de Atención y los Modelos de Gestión de la Calidad. Además, pudimos analizar los diferentes indicadores asociados a la calidad así como las características fundamentales de los Sistemas de Gestión de la Calidad existentes.

5.2.2. CONCLUSIONES DEL CUESTIONARIO CALCERIS001

A continuación pasamos a describir las conclusiones obtenidas del análisis del instrumento CALCERIS001 en una comparativa con cada una de las hipótesis planteadas para este instrumento.

HIPÓTESIS 1. La calidad de la atención es entendida en los Modelos de Gestión de la Calidad como necesidades médicas y necesidades básicas de salud de los residentes, quedando en un segundo plano las necesidades de tipo psicosocial y las educativas.

Podemos afirmar que esta hipótesis queda demostrada ya que, como hemos podido demostrar gracias a las gráficas de resultados y estadísticas aportadas (ver anexo 4), un porcentaje destacado señala que los elementos de mejora del Sistema suponen una ayuda a la coordinación del personal y que sirven para evaluar y planificar la intervención, por encima de aquellos referidos a las cuestiones económicas como puedan ser el que el sistema suponga un gasto o no para la entidad.

HIPÓTESIS 2: En los Modelos de Gestión de la Calidad implantados en los Centros Residenciales para Personas Mayores en España se le concede un papel más importante a la valoración de aspectos médico-sanitarios que a los aspectos psicosociales.

Podemos afirmar que esta hipótesis queda demostrada ya que, como hemos podido demostrar gracias a las gráficas de resultados y estadísticas aportadas (ver anexo 4), las necesidades educativas de residentes, las competencias emocionales del personal son las que obtienen un porcentaje menor en la pregunta referente a qué aspectos de la calidad mide su modelo. Por contra, existe un porcentaje significativo, apreciado en la comparación de medias realizada (anexo 4), que señala el uso fármacos y psicotrópicos y la nutrición/alimentación como principales elementos de su Sistema de Gestión de la Calidad.

HIPÓTESIS 3: La participación de los residentes y/o sus familias en la creación e implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad sólo se da en la evaluación de dichos sistemas.

En cuanto a esta hipótesis, queda demostrada ya que más de la mitad de los encuestados señala que los residentes participan en la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad a través de evaluaciones previas o bien a por medio de sus familiares. Cabe destacar que el porcentaje de residentes que no participa es minoritario, no así el de mayores que participan como miembros de Comisiones de Calidad. Por lo tanto, a pesar de que efectivamente, tal y como planteábamos en nuestra hipótesis de partida, la participación del mayor se da mayoritariamente a través de cuestionarios de evaluación y/o por medio de familiares, también existe un porcentaje de residencias en las que el mayor participa de manera directa.

HIPÓTESIS 4: El área de dirección interviene más que el resto de áreas en el proceso de implantación de los modelos de gestión de la calidad.

Podemos afirmar que esta hipótesis queda demostrada ya que la media de peso que le conceden los encuestados al área de dirección es superior al del resto de las áreas profesionales.

HIPÓTESIS 5: La implantación de Modelos de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores se traduce en una mayor calidad efectiva en los centros.

Se puede concluir que esta hipótesis queda demostrada. Ya que una gran mayoría de encuestados consideran que la implantación de los Modelos de Gestión de la Calidad se ha traducido en una mejora efectiva de la calidad en sus centros.

HIPÓTESIS 6: Existe escasa o nula formación del personal de centros residenciales en materia de calidad.

Esta hipótesis no ha podido ser demostrada ya que un porcentaje alto de encuestados afirmó que en su centro se recibió formación en materia de calidad. Destaca que haya un

porcentaje muy bajo de encuestados que señale que ningún miembro del personal ha recibido formación sobre calidad.

5.2.3. CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA ENCALCERIS001

HIPÓTESIS 1: Todas las áreas profesionales que trabajan en Centros Residenciales para Personas Mayores no intervienen en igual medida en la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad.

Todos los entrevistados reconocen que, a pesar de que todas las áreas profesionales de las Residencias intervienen en la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad, es el área de dirección la encargada de guiar de alguna manera al grupo de profesionales que constituye una Residencia y por lo tanto su peso en la implantación es mayor que el del resto. La causa de esta importancia la sitúan en su papel de líder del grupo. Por lo tanto esta hipótesis queda demostrada.

Sin bien es cierto que todos destacan la necesidad de que todos los miembros, independientemente del papel mayor o menor que tengan, son indispensables para lograr imbuir de la "cultura de la calidad" a los centros y las personas que los componen.

HIPÓTESIS 2: La participación de los residentes y/o sus familias en la creación e implantación de Modelos de Gestión de la Calidad tiene un carácter secundario en dichos modelos.

Esta hipótesis queda demostrada, ya que, a pesar de que los modelos contemplan esta participación, los propios profesionales reconocen que es de un modo residual y que al elaborar los propios centros las herramientas para ello queda a criterio del centro esta participación. En cualquier caso, el tipo de participación mayoritaria que se da es a través de cuestionarios de satisfacción o sugerencias, quejas o propuestas de mejora elaboradas por los residentes.

Si bien es cierto, que todos los profesionales entrevistados destacaron la necesidad de que la planificación se adapte a los usuarios y no al revés, como parte de la concepción del Modelo de Atención Centrada en la Persona en el cuál dicen basar su intervención algunos de los profesionales entrevistados.

HIPÓTESIS 3: La participación de los residentes y/o sus familias en la evaluación de Modelos de Gestión de la Calidad tiene un carácter secundario en dichos modelos.

Podemos concluir que esta hipótesis queda demostrada. La participación del mayor en la evaluación se mide en términos de satisfacción como cliente y de cumplimiento de expectativas, a través de escalas de valoración, cuestionarios de satisfacción o bien indirectamente a través de un técnico de referencia que se encarga de transmitir la necesidades del residente. Destacan a su vez que la participación de la familias es escasa.

HIPÓTESIS 4: La calidad de la atención es entendida en los Modelos de Gestión de la Calidad como necesidades médicas y necesidades básicas de salud de los residentes, quedando en un segundo plano las necesidades de tipo psicosocial y las educativas.

Esta hipótesis queda demostrada ya que todos los expertos hacen alusión en primera instancia (además de a los aspectos organizativos propiamente) a la medición de la calidad en términos médico sanitarios: prevención de caídas, de úlceras por presión, infecciones de orina, etc. Definen ampliamente la atención sanitaria y luego enumeran la social. Incluso alguno de los entrevistados reconoce que los aspectos protocolizados son los que el Sistema incluye para evaluar el cumplimiento de los procesos y que a través de ellos sólo se mide la eficiencia de los procesos, que no tienen mecanismos para medir por ejemplo el nivel de humanidad y que no lo contempla tampoco la encuesta de satisfacción del residente, con lo que podemos concluir que los aspectos relacionados con las relaciones interpersonales con los trabajadores, el grado de afectividad de éstos y otros aspectos relacionados con las necesidades de tipo psicosocial no son medidas por los Sistemas de Gestión de la Calidad.

HIPÓTESIS 5: En los Modelos de Gestión de la Calidad implantados en los Centros Residenciales para Personas Mayores en España se le concede un papel más importante a la valoración de aspectos médico-sanitarios que a los aspectos psicosociales.

En línea con la hipótesis anterior, podemos concluir que, efectivamente, los Sistemas de Gestión de la Calidad se centran más en procesos relacionados con el estado de salud que con las necesidades de tipo psicosocial o educativas, con lo que queda demostrada esta hipótesis.

HIPÓTESIS 6: Existe escasa o nula formación del personal de Centros Residenciales en materia de calidad.

Esta hipótesis no ha sido demostrada ya que todo los entrevistados afirman que en sus centros se ha llevado a cabo una formación previa a la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad así como una formación continua dirigida a todos los profesionales del centro.

HIPÓTESIS 7: La formación que recibe el personal de los Centros Residenciales para Personas Mayores se centra en la persona/área técnica responsable directa de la calidad.

Esta hipótesis queda demostrada ya que los entrevistados han reconocido que la persona responsable del centro, generalmente el director o directora, ha constituido el enlace entre los gestores de la entidad y los propios trabajadores y por lo tanto han sido los que han recibido mayor carga de formación para después trasladarla al resto del equipo.

HIPÓTESIS 8: La implantación de Modelos de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores se traduce en una mayor calidad efectiva en los centros.

Queda demostrada esta hipótesis ya que todos los entrevistados han afirmado que la implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad ha supuesto un aumento de la calidad efectiva en sus centros.

HIPÓTESIS 9: La implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad supone un sobrecoste para las entidades.

Podemos afirmar que esta hipótesis queda también demostrada ya que todos los entrevistados reconocen que la implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad por parte de sus entidades supone un evidente coste. Si viene s cierto, algunos de los entrevistados resaltan que más que coste económico, lo que más ha traído consigo esta implantación ha sido un coste en recursos humanos, al aumentar el número de herramientas de registro y control que requieren estas normativas.

HIPÓTESIS 10: Las entidades interpretan el coste de la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad como una inversión.

Esta hipótesis ha sido demostrada ya que todos los entrevistados han afirmado que los costes que han traído consigo las certificaciones de estos estándares de calidad han supuesto una inversión para su entidad ya que ha permitido sistematizar las actuaciones y ahorrar costes evitando errores con la protocolización de los procesos.

HIPÓTESIS 11: La implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores supone una inversión en publicidad para dicha entidad.

Esta hipótesis queda demostrada ya que todos los entrevistados reconocen que la implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad en sus centros supone una inversión en publicidad para ellos, de hecho, una de las entrevistadas reconoce que el área de marketing y publicidad está íntimamente ligada en su organización al área de calidad.

HIPÓTESIS 12: La implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores es interpretada por parte de las entidades como una mejora de la imagen del centro de cara a potenciales residentes.

Esta hipótesis también queda demostrada, ya que todos los entrevistados exponen que tener una certificación es algo que diferencia a unos centros de otros y que por lo tanto mejora la imagen de éstos respecto a otros.

Si bien es cierto que muchos de los entrevistados matizan que, si no hay una buena experiencia posterior, si no hay una buena valoración por parte de los residentes y familias de poco o nada sirve tener un modelo de excelencia. El boca a boca, las evaluaciones y grado de satisfacción de los clientes también deben ser positivos para mejorar la imagen del centro de cara a potenciales clientes.

HIPÓTESIS 13: Los centros que han implantado Sistemas de Gestión de la Calidad no consideran necesaria la existencia de un único modelo compartido de Gestión de la Calidad.

Ninguno de los entrevistados ha señalado la necesidad de la existencia de un modelo compartido. Consideran que cada modelo debe incluir la misión, visión y valores de las organizaciones para poder visibilizar su forma de trabajo frente a otros con lo que consideran negativa la existencia de modelos compartidos, donde cada organización pueda perder sus señas de identidad.

5.3. COMPARACIÓN DE CONCLUSIONES GENERALES CON HIPÓTESIS

5.3.1. HIPÓTESIS 1: La implantación de Modelos de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores tiene como objetivo la minimización de costes y maximización de beneficios.

En primer lugar, por lo que respecta a la Hipótesis 1, podemos concluir que efectivamente la implantación de modelos de gestión de la calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores tiene como objetivo la minimización de costes y maximización de beneficios. Si bien hay que señalar que estos costes no se ciñen únicamente al terreno económico, sino que incluyen los costes humanos que supone no tener una gestión adecuada de los procesos técnicos dentro de un centro. Se trata pues de modelos que buscan la eficacia y eficiencia de los recursos, como aparecía reflejado en los resultados de CALCERIS001 Y ENCALCERIS001, haciendo especial hincapié en el aporte de éstos a la gestión de equipos y la reducción de errores de tipo organizativo, que pueden suponer, en un término u otro, un coste para la organización.

Todos los resultados nos hacen creer que, efectivamente, la implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad supone un sobre coste para la entidades, incluso, algunas de las organizaciones consultadas que afirmaban no contar con un Sistema de Gestión de la Calidad esgrimían el sobre coste económico como causa de la no implantación.

Si bien es cierto que, tal y como planteábamos en nuestras hipótesis iniciales una gran mayoría de los resultados hacen pensar que estos costes evidentes son interpretados por las organizaciones como una inversión a largo plazo, por los beneficios que la certificación de dicho sistema pueda traer consigo a la entidad. Relacionado con este aspecto, queda también demostrada la hipótesis que planteaba la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales como una inversión en publicidad para dicha entidad. En los resultados se hace patente el beneficio en términos de publicidad que tiene para una organización el contar con una certificación de calidad. Así pues, podemos afirmar también que dicha implantación es interpretada por parte de las entidades como una mejora de la imagen del centro de cara a potenciales residentes,

dándose el caso de muchas organizaciones en el que el área de calidad y el de publicidad y marketing están estrechamente ligados. Por lo que, por todo ello, concluimos que queda demostrada la primera hipótesis.

5.3.2. HIPÓTESIS 2: La calidad de la atención es entendida en los Modelos de Gestión de la Calidad como necesidades médicas y necesidades básicas de salud de los residentes, quedando en un segundo plano las necesidades de tipo psicosocial y las educativas.

En referencia a la hipótesis 2, podemos concluir que queda demostrada la hipótesis 2. Ya que hemos podido comprobar que los Sistemas de Gestión de la Calidad incluyen en sus mediciones muchos más indicadores referidos a necesidades médicas y necesidades básicas de salud de los residentes y le da una importancia mínima o residual a las necesidades de tipo psicosocial y las educativas. La calidad de vida es comprendida en términos de salud, como ausencia de enfermedad y por ello los aspectos médico-sanitarios tienen una atención especial en estos modelos. La eficacia o no de estos sistemas, como planteábamos en nuestra hipótesis iniciales, es medida en términos de satisfacción del cliente y esta, a su vez, se entiende como la ausencia de enfermedad o el retraso de la dependencia, como factores determinantes de la satisfacción. Por todo ello, la hipótesis 2 ha quedado demostrada.

5.3.3. HIPÓTESIS 3: La participación de los residentes y/o sus familias en la creación e implantación de Modelos de Gestión de la Calidad tiene un carácter secundario en dichos modelos.

En cuanto al proceso de participación de los residentes y familias, queda mostrada esta hipótesis. Se hace evidente, tal y como planteamos en nuestras hipótesis, que la participación de los residentes y/o sus familias en la creación e implantación de Modelos de Gestión de la Calidad tiene un carácter secundario. Se trata de modelos en

los que la organización, entendida como la suma de trabajadores, adquiere una nueva forma de gestionar sus procesos, de los cuáles los residentes son sujetos pasivos. La única intervención que contempla a este respecto es la evaluación de éste, a través de escalas de valoración en las que se mide su satisfacción con los aspectos vertebradores de la organización.

A su vez, aunque en los resultados podemos observar la participación de todos los profesionales en la puesta en marcha de los sistemas, sigue siendo el equipo directivo, (que a su vez depende en el caso de las grandes corporaciones de un equipo gestor que regula las actuaciones de la organización a nivel central), el que lleva el peso mayoritario en la implantación, exponiendo al grupo e incluso formando al resto del equipo de la nueva cultura organizativa que supone una implantación de este tipo. Por lo que finalmente, podemos concluir que queda demostrada la hipótesis 3.

5.3.4. HIPÓTESIS 4: La implantación de Modelos de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores se traduce en una mayor calidad efectiva en los centros.

La implantación de Modelos de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores se traduce según el análisis realizado en una mayor calidad efectiva en los centros, por lo que queda demostrada la hipótesis 4. Se hace evidente que estos Sistemas se están propagando de forma mayoritaria porque las organizaciones perciben una mejora de la calidad, al menos en los términos en los que define calidad estos sistemas, fundamentalmente calidad técnica y organizativa.

Y es que a pesar de la percepción positiva de estos Sistemas por parte de los trabajadores de los Centros Residenciales para Personas Mayores, estos incluyen de manera residual la satisfacción del cliente con respecto al servicio. Más allá de las señaladas escalas de valoración, podemos afirmar que la participación del mayor en la evaluación del propio sistema es nula, ya que los Sistemas de Gestión de la Calidad

parecen contar con mecanismos que podríamos llamar autoevaluadores en forma de indicadores de calidad.

Por lo que respecta a la formación del personal, hemos podido constatar que sí que existe un proceso de formación del personal paralelo a la puesta en marcha de los sistemas. Lo que también podemos afirmar es que esta formación se da a criterio de cada entidad ya que los propios sistemas contemplan este aspecto de forma residual. Así, hemos encontrado en nuestro análisis testimonio de trabajadores que evidencian que no ha habido una formación en calidad a pesar de haber existido un proceso de implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad.

La existencia de formación que se evidencia en los resultados de esta investigación también demuestra que las áreas técnicas responsables directas de la gestión del centro son las que han recibido más formación en calidad, lo que casa con el modelo transmisor de la cultura de calidad que también parece haber quedado patente en nuestros resultados. Por todo ello, podemos concluir que queda demostrada la hipótesis 4.

5.4. COMPARACIÓN DE CONCLUSIONES CON OBJETIVOS

5.4.1. Objetivos Generales: Analizar los modelos de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores en el contexto español.

En referencia a las conclusiones esgrimidas en esta investigación podemos concluir que tal y como se planteaba em el objetivo general de esta tesis, se ha realizado un análisis de los Modelos de Gestión de la Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores en el contexto español.

5.4.2. Objetivos específicos

5.4.2.1. Objetivo 1: Analizar las variables que miden los Modelos de Gestión de la Calidad.

Podemos concluir que, tal y como se indicaba en el primero de los objetivos específicos, se han examinado las diferentes variables que miden los Modelos de Gestión de la Calidad.

5.4.2.2. Objetivo 2: Identificar la participación de las Personas Mayores y/o familiares en el proceso de implantación y evaluación de los Sistemas de Gestión de la Calidad.

Con esta investigación se ha procedido a identificar el grado de participación de las Personas Mayores y sus familiares en el proceso de implantación y evaluación de los Sistemas de Gestión de la Calidad.

5.4.2.3. Objetivo 3: Examinar el proceso de puesta en marcha y la evaluación de los Sistemas de Gestión de la Calidad en los Centros Residenciales para Personas Mayores en España.

Entre los objetivos planteados en esta investigación estaba en tercer lugar examinar el proceso de puesta en marcha y la evaluación de los Sistemas de Gestión de la Calidad en los Centros Residenciales para Personas Mayores en España, el cual hemos podido conocer a través de informantes clave de diferentes organizaciones a nivel nacional.

5.4.2.4. Objetivo 4: Comprobar si la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad se traduce en una mejora efectiva de la calidad en los Centros Residenciales para Personas Mayores que las implantan.

Finalmente, hemos podido comprobar que, la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad se traduce en una mejora efectiva de la calidad en los Centros Residenciales para Personas Mayores que las implantan.

5.5. CONCLUSIONES FINALES: HACIA UN MODELO DE CALIDAD INTEGRADA

Tras este análisis, la pregunta se hace evidente, ¿los Sistemas de Gestión de la Calidad son un fin en sí mismos? ¿La acreditación de los centros como estrategia de marketing o como valor positivo de cara a la Administración pública es el objetivo final?

Tras esta investigación cabe plantearse si los medios que están utilizando los Centros Residenciales para llegar a la consecución de la calidad se están convirtiendo en un fin en sí mismos.

Hemos podido comprobar que se trata de modelos elaborados desde instancias gestoras, en las cuales ha habido una formación del personal que se ha visto impregnado de esta "nueva cultura de la calidad" pero que la participación de los propios residentes en el proceso ha sido cuanto menos deficitaria, cabría preguntarse pues, si esos sistemas están verdaderamente al servicio de los protagonistas de la intervención que son las Personas Mayores que viven en estos centros y hacia las cuales va dirigida toda la intervención. Podemos hablar sin duda de una mejora organizativa de los centros que han apostado por estos sistemas e incluso de la calidad organizativa de éstos pero, difícilmente podemos hablar de calidad total sin tener en cuenta al propio mayor en el proceso de implantación de estos sistemas. La calidad integrada entiende que la calidad organizacional, la calidad del servicio, debe ir acompañada de una mejora de la calidad de la atención para que podamos hablar de mejora de la calidad de los residentes e indudablemente, debe ir acompañada del empoderamiento de los propios mayores como centro de todas y cada una de las intervenciones que se realizan en las Residencias, no sólo como objeto de intervención sino como sujeto activo y participativo de los propios procesos que rigen su vida en el centro.

Para ello, se hace necesario que se faciliten los medios para que las personas que viven en estos centros, independientemente de su estado de salud o cognitivo, decidan qué tipo de vida quieren llevar, tengan autonomía para decidir y por supuesto se les considere y se les respete como ciudadanos de pleno derecho. En esta línea se sitúa la

OMS, que señala en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud que marca entre sus actuaciones dirigidas a la atención a largo plazo de calidad, el que se establezcan Sistemas de Gestión de la Calidad que ayuden a mantener el énfasis en optimizar la capacidad funcional. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En este sentido cabe destacar que la aplicación de este nuevo modelo supone grandes cambios que deben ser graduales, y que afectan al funcionamiento diario de los centros residenciales. Atendiendo a las principales áreas profesionales que trabajan en los centros, podríamos destacar los siguientes cambios:

En lo que respecta al área de dirección-gerencia- recursos humanos, aplicar este modelo pasa por flexibilizar algunos protocolos o normativas para adaptarse a la individualidad de los residentes. Un gran estereotipo asociado a esta etapa vital consiste en considerar que las personas mayores son todas iguales por el hecho de ser mayores, o bien por compartir la misma dolencia o enfermedad. (Rodríguez, 2010). Por lo tanto la intervención debe ser particularizada.

En cuanto a la formación del personal que trabaja en residencias y como criterio para la elección de futuros trabajadores, resulta absolutamente fundamental que entiendan que son ellos los que tienen que ceder el protagonismo a los mayores siendo pasando a ser su función de guías a facilitadores. Algo tan trivial, y que empieza a ser permitido en muchas residencias y sigue prohibido en otras tantas, es el poder adaptar las habitaciones a sus gustos, traer al centro sus muebles o enseres personales y crear su propio espacio personal.

Por lo que respecta al personal técnico (psicólogos/as, trabajadores/as sociales, educadores/as sociales...) hay que procurar en las intervenciones directas utilizar un lenguaje adecuado, que facilite la comprensión del mayor.

Por otra parte, en la elaboración de la planificación de actividades del centro también hay que incluir a los mayores. Es cierto, que los centros tienen la obligatoriedad de ofertar actividades que respondan a las necesidades, gustos, preferencias y expectativas de los residentes pero hay que ir más allá e incluirlos en la toma de decisiones de las actividades que se van a llevar a cabo, escuchar de primera mano sus inquietudes e

incluso abrir espacio para que algunas actividades sean dirigidas por los propios usuarios, todo ello con el objetivo de contribuir al empoderamiento de las personas mayores usuarias de Centros Residenciales.

Por su parte Rodríguez, (Rodríguez , 2011) describe como uno de los componentes esenciales del modelo que propone, la Atención Centrada en la Persona. Entiende ésta como un paso más allá de la propia atención individualizada clásica que incluye la satisfacción de las necesidades detectadas y la adaptación de las características individuales como forma de estimulación y apoyo para lograr la participación activa de los mayores en su proceso de atención. Esta y otras propuestas, suponen un paso más en la concepción del envejecimiento activo. Además, se hace necesario un Modelo de Gestión como los descritos anteriormente, que incluya el cumplimiento de estos principios para que no se supedite la aplicación de estos modelos a la “voluntad” de los centros y se convierta en un componente de obligado cumplimiento de la evaluación de la calidad de estos centros.

Como señalábamos anteriormente, las dos últimas décadas han sido testigo de una progresiva e innegable mejora en la Atención Residencial a las Personas Mayores, entre las cuales se incluye el afianzamiento de fórmulas de evaluación externa y la necesidad de introducir procesos de mejora continua de la calidad. En opinión de la Fundación Eguía-Careaga, esto contribuye a afianzar un hábito de permanente cuestionamiento y favorece la disposición al cambio (Centro de Documentación y Estudios SIIS, 2011).

El cambio más significativo que incluyen los modelos desarrollados por los autores en estos últimos años es situar de manera efectiva al mayor como centro de toda la intervención. Este cambio supone ir más allá de tomar en cuenta al mayor en la evaluación del centro a escala global u otras fases e incluirlo como sujeto activo en todas y cada una de las fases: gestión, evaluación y la propia atención.

Esta necesidad de inclusión activa del mayor en la creación y puesta en marcha de los modelos la encontramos en la propia definición de envejecimiento activo, como un proceso en el cuál los mayores ya no son sujetos de actividades sino creadores de su propio proceso de envejecimiento.

Por otra parte, este modelo apuesta por el reconocimiento de la dignidad de todo ser humano, la búsqueda de la autodeterminación y la mayor independencia posible de las Personas Mayores en situación de fragilidad o dependencia como ejes que guíen su proceso de atención y en consecuencia contribuyan a la mejora de su calidad de vida y su bienestar subjetivo. La aplicación de este nuevo modelo supone grandes cambios que deben ser graduales, y que afectan al funcionamiento diario de los centros residenciales.

Cuando nos referimos a las personas que tienen déficits cognitivos este enfoque debe persistir esta vez con la participación de los familiares y profesionales y algo que se nos olvida en muchas ocasiones y que resulta fundamental en la intervención: la observación de sus conductas habituales para conocer sus gustos, sus deseos. Un instrumento posible para registrar estas conductas son las fichas de observación.

En primer lugar, hay que velar porque se sistematicen las exigencias de títulos y formación de este tipo de personal porque existen demasiadas diferencias a nivel autonómico. En igual medida es necesario compartir los ratios de personal, para todos los profesionales que trabajan en centros residenciales, pero más aún para el personal auxiliar, responsable de la atención directa a residentes.

Teniendo en cuenta esta premisa, a niveles más concretos deben tenerse en cuenta las preferencias en cuanto a las ABVD (actividades básicas de la vida diaria) y adaptar, en la medida de lo posible, los hábitos de trabajo a las exigencias de los residentes, Martínez (2011). Por ejemplo, cuando hablamos de los horarios de ducha a menudo éstos les son impuestos a los residentes; podemos encontrarnos con personas que, por su trayectoria laboral estén habituadas a ducharse en la mañana, y se les imponga un horario de duchas por la tarde.

En este mismo sentido deben velar por la privacidad y la intimidad de las personas mayores, siendo preferible que las personas que les ayuden a realizar las ABVD sean siempre las mismas y en cierta manera “elegidas” por el usuario. Para eso es necesario aprovechar las afinidades que suelen surgir entre residente y personal auxiliar y evitar aquellas incompatibilidades evidentes, por ejemplo, en el caso de una residente que sienta un pudor irremediable a que un hombre le ayude a ducharse.

Los retos actuales en la intervención con mayores en Centros Residenciales pasan por la sistematización de estos criterios aseguradores de una atención de calidad unidos a otros modelos existentes de gestión de los centros. La mejora de la calidad de vida del mayor debe ir unida al objetivo de conseguir un envejecimiento activo. Este último objetivo "no debe verse mermado por situaciones de fragilidad o dependencia, que por otra parte, son inherentes al proceso de envejecimiento" (Rodríguez, 2011). Para ello, se hace necesario volver a la concepción que planteaba Baltes (Baltes & Baltes, 1993) donde vejez y éxito no son contradictorios. La persona mayor obtiene también la posibilidad de construir activamente su vida y regularla. El principio de que las capacidades descienden, pero según el postulado de ganancias, estabilidad y pérdidas, la persona mayor dispone de unas reservas y recursos que pueden y deben ser movilizados.

La propuesta de un Modelo de Calidad Integrada compartido, donde modelos de Gestión de la Calidad y modelos de Atención, tiene como objetivo contribuir hacia esta dirección. Muchos autores como (Rodríguez, 2011) y entidades como la Fundación Eguia Careaga (Centro de Documentación y Estudios SIIS, 2011) alertan sobre la necesidad de adaptarse a próximos cambios sociales derivados de hechos como el aumento de la esperanza de vida, el debilitamiento de las redes de apoyo informales y en consecuencia de la necesidad de ofrecer servicios que atiendan Personas Mayores que se encuentren en situación de fragilidad o dependencia a través de la implantación de Modelos de Atención Integral.

5.6. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Tras el análisis realizado de la implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad, constatamos que podrían abrirse futuras líneas de investigación derivadas de dicho análisis.

En primer lugar, sería interesante realizar una comparativa entre los modelos de atención implantados en las Residencias de Personas Mayores en España y los Sistemas de Gestión de la Calidad para saber si efectivamente hay una complementariedad entre ambos, ya que hemos podido detectar que un gran número de los profesionales consultados han señalado que los Sistemas de Gestión de la Calidad son una herramienta útil para mejorar la calidad efectiva de los centros siempre y cuando vayan acompañados de la existencia de modelos de atención (en su mayoría el Modelo de Atención Centrada en la Persona, mayoritario en nuestro país). Si no se da esta relación, estamos hablando de una mejora de la calidad de la gestión, de los procesos pero dejamos fuera la calidad de la atención, un concepto fundamental en nuestra propuesta de Calidad Integrada.

Por otra parte, sería interesante analizar la temporalidad del personal, sobre todo del personal auxiliar en los Centros Residenciales para Personas Mayores, y su relación con la Implantación efectiva de los Sistemas de Gestión de la Calidad. En este sentido, consideramos que los contratos temporales predominantes en este sector pueden incidir de manera negativa en la implantación de la “cultura de calidad” que requieren todas las normativas de calidad analizadas.

5.7. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera de las limitaciones que podemos encontrarnos en esta investigación ha sido la fidelidad y veracidad de los datos, ya que se basan, fundamentalmente, en testimonios de los trabajadores de Residencias de Personas Mayores. Sería interesante haber podido realizar un estudio comparativo en este sentido con los gerentes/propietarios de las organizaciones por un lado y de los propios residentes/clientes por el otro.

Otra de las limitaciones a señalar ha sido la imposibilidad de identificación de los centros descritos y las características de los Sistemas de Gestión de la Calidad de cada centro. En un primer momento se planteó un diseño muestral del cuestionario CALCERIS001 que contemplaba un muestreo probabilístico estratificado y se realizaron para ellos contactos con todos los Centros Residenciales para Personas Mayores del país por Comunidades Autónomas. Al analizar los resultados de estos contactos identificamos que existía un bajo índice de participación. Los propios encuestados nos señalaron que la necesidad de aportar datos identificatorios del centro era la causa de tan baja participación. Ante este hecho, se decidió cambiar el diseño muestral aportando anonimato a las encuestas y analizando los datos de manera general.

Además, se solicitó formalmente a AENOR el listado de centros que cuentan con alguna certificación vigente. Tras varios intentos de conseguir una respuesta por parte de este organismo, obtuvimos una respuesta negativa alegando un cambio de normativa interna que eximía de obligación a dicha entidad de aportar estos datos.

Por otra parte, tampoco podemos establecer ninguna relación causa- efecto entre las variables analizadas, limitándonos a una posible relación (cuando las hubiera) entre ellas.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A., Ayala, A., & Pujol, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: Informes Envejecimiento en Red nº 15.
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
- AENOR. (2000). *Norma ISO 9001:2000 de Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos*. AENOR ediciones.
- AENOR. (2007). *Norma UNE 158101 de Servicios para la Promoción de la Autonomía Personal. Gestión de Centros Residenciales y Centros Residenciales con Centro de Día o Centro de Noche Integrado. Requisitos*. Madrid: AENOR ediciones.
- AENOR. (2010). *Sistemas de Gestión de la Calidad. Normas UNE y documentos relacionados*. Madrid: AENOR Ediciones.
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2015). *Manual de Estándares: Servicios Residenciales*. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- Aguilar, J. M., Álvarez, J., Fernández, J. M., Salguero, D., & Pérez, E. (2013). Investigación sobre Envejecimiento Activo y Ocupación como Fuente de Salud y Calidad de Vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD Revista de Psicología, 147-154.
http://infad.eu/RevistaINFAD/2013/n1/volumen2/INFAD_010225_147-154.pdf
- Alemán, C. (2013). *Políticas públicas para mayores*. Gestión y Análisis de Políticas Públicas, Nueva Época.
- Alonso, J. M., & Gonzalo, B. (1997). *La Asistencia Social y los Servicios Sociales en España*. Madrid: Boletín Oficial del Estado.
- Álvarez, J. M., Álvarez, I., & Bullón, J. (2006). *Introducción a la calidad. Aproximación a los Sistemas de Gestión y Herramientas de Calidad*. Vigo: Ideaspropias.

- Álvarez, M. (2007). Calidad Asistencial en Centros Gerontológicos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 75-85. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(07\)73590-4](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(07)73590-4)
- Arriba, A., & Moreno, F. (2009). *El tratamiento de la Dependencia en los Regímenes de Bienestar Europeos Contemporáneos*. Madrid: IMSERSO.
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of "Good" and "Not so Good" quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 456-466. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01689.x
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1993). *Successful Aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barrera-Algarín, E. (2011). *La preparación a la jubilación: Su nacimiento, evolución, y reflejo de las transformaciones en la empresa, la sociedad y el estado*. Editorial Académica Española.
- Castle, N., & Ferguson, J. (2010). What is nursing home quality and how is it measured? *Gerontologist*, 426-442. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq052>
- Centro de Documentación y Estudios SIIS. (2011). *Guía de recomendaciones prácticas para las residencias de personas mayores: Los Derechos de las Personas y el medio residencial ¿Cómo hacerlos compatibles?* Guipuzkoa: Fundación Eguía Careaga. kalitateazainduz.net/pdf/Zainduz02.pdf
- Chao, S., & Roth, P. (2005). Dimensions of quality in long-term care facilities in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 609-618. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03632.x
- Daatland, S. O., & Herlofson, K. (2003). "Lost solidarity" or "changed solidarity" a comparative European view of normative family solidarity. *Ageing and Society*, 537-560.
- Edwards, C., & Titchen, A. (2003). Research into patients' perspectives: relevance and usefulness of phenomenological sociology. *Journal of Advanced Nursing*, 450-460. DOI: 10.1046/j.0309-2402.2003.02828.x

- Envejecimiento en Red. (2015). *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de junio de 2015*. Madrid: Informes en Red. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2015.pdf>
- EULEN Servicios Sociales y Sanitarios. (2002). *Gestión asistencial de Residencias para Mayores. Manual práctico*. Barcelona: Arts Medica.
- European Foundation for Quality Management (2010). *EFQM Excellence Model 2010*. Brussels: European Foundation for Quality Management.
- Fantova, F. (2008). *Sistemas Públicos de Servicios Sociales. Nuevos Derechos, Nuevas Respuestas*. Deusto: Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Universidad de Deusto.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos*. Madrid: IMSERSO.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active Aging: A global Goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research.*, 1-4. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/298012>
- Fundación Edad&Vida. (2012). *Modelo de Acreditación de Servicios de Atención a Personas Mayores en Situación de Dependencia. Modelo de Servicios y Condiciones básicas para la acreditación en España*. Madrid: IMGRAF impresores.http://www.edad-vida.org/fitxers/publicacions/Acreditacion_FINAL.pdf
- Fundación Europea para la Gestion de la Calidad . (2003). *Modelo EFQM. Versión para las Grandes Empresas y Unidades de Negocio y Operativas*. Bruselas: EFQM.
- Garvin, D. (1988). *Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge*. New York: The Free Press.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2004). *100 Recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. <http://www.segg.es/sites/default/files/documento/100%20Recom%20at%20ser%20cdd-1.pdf>

- Heras, I., Cilleruelo, E., & Iradi, J. (2006). La Normalización y Certificación de Sistemas de Gestión en las Residencias de Mayores. *Revista Zerbitzuan*, 31-43.
- Hjaltadóttir, I., Ekwall, A. K., Nyberg, P., & Hallberg, I. R. (2012). Quality of care in Iceland nursing homes measured with Minimum Data Set quality indicators : Retrospective analysis of nursing home data over 7 years. *International Journal of Nursing Studies*, 1342-1353.
- Igami, M. P. (2005). El uso del SERVQUAL en la verificación de la calidad de los servicios de unidades de información: el caso de la biblioteca del IPEN. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 177-191.
- Johansson, P., Oléni, M., Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 337-344. 10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x.
- Koch, T. (1999). "Having a say": negotiation in fourth-generation evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 117-125.
- Leturia, M. (2012). *Los Sistemas de Calidad y Herramientas de Evaluación de los Servicios Residenciales y su relación con el Modelo de Atención*. Fundación Caser para la Dependencia.
- Levenson, S. A. (2009). The basis for improving and reforming long-term care. Part 3: essential elements for quality care. *Journal of American Medical Directors Association*, 597-606. 597-606. 10.1016/j.jamda.2009.08.012.
- López, F. (1994). *La gestión de la calidad en educación*. Madrid: La Muralla.
- López, M. Á., Marín, A. I., & De la Parte, J. M. (2004). La Planificación Centrada en la Persona, una metodología coherente con respecto al Derecho de Autodeterminación. *Revista Siglo Cero*, 30-44.
- Malagón, J. L. (2010). Tema 1: Proceso histórico de la vejez. En VV.AA., *Master en Atención Integral y Dirección y Gestión de Centros Gerontológicos. VII Edición* (págs. 20-25). Sevilla: Universidad Pablo de Olavide.
- Martínez, J. (2003). *Gestión Asistencial de Residencias para Mayores. Manual Práctico*. Barcelona: Medicina stm.
- Martínez, T. (2010). *Las Buenas Prácticas en la Atención a las Personas Adultas en Situación de Dependencia*. Madrid: IMSERSO.

- Martínez, A., Mira-Perceval, T., & Redero, H. (1996). Sistema Público de Servicios Sociales en España. En Alemán, C. & Garcés, J. , *Administración Social: Servicios de Bienestar Social* (págs. 203-246). Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Martínez, J. M. (2001). Los servicios sociales en España. La influencia de Alberto Salgado en su desarrollo. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51-55.
- Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, P., & Sancho, M. (2015). *Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos*. Madrid: CSIC.
- Medina, M., & Medina, E. (2010). *Gestión de la calidad en servicios sociales*. Murcia: DM Diego Marín Librero Editor.
- Mor, V. (2004). A comprehensive clinical assesment tool to inform policy and practice: applications of the minimum data set. *Medical Care*, 0-59.
- Morris, J., Hawes, C., Fries, B., Phillips, C., & Friedlob, A. (1990). Designing the national resident assesment instrument for nursing homes. *Gerontologist*, 293-307.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe sobre el Envejecimiento y la Salud*.Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud
- Pacolet, J. (2006). Protección social de personas mayores dependientes: Sostenibilidad del Estado de Bienestar y ámbito del seguro de cuidados de larga duración. *Revista Española del Tercer Sector*, 111-162.
- Parasumaran, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1993). *Calidad Total en la Gestión de Servicios*. Madrid: Diaz de Santos.
- Pérez, C., Malagón, J., & Amador, L. (2006). *Vejez, autonomía o dependencia pero con calidad de vida*. Madrid: Dykinson.
- PricewaterHouseCoopers. (2010). *Situación del Servicio de Atención Residencial en España: Julio 2010*. PricewaterHouseCoopers.
- Rodríguez, P. (2007). *Residencias y otros alojamientos para Personas Mayores*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez, P. (2011). *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir*. Barcelona: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Rodríguez-Martín, B., Martínez-Andrés, M., Cervera-Monteagudo, B., Notario, B., & Martínez-Vizcaíno, V. (2013). Perception of quality of care among residents of

- public nursing-homes in Spain: a grounded theory study. *BMC Geriatrics*, 13-65. doi: 10.1186/1471-2318-13-65
- Rogero- García, J. (2009). Distribution of formal and informal home care for people older than 64 years in Spain. *Revista Española de Salud Pública*, 393-405.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's view of Psychotherapy*. Londres: Constable.
- Ruiz, G., & Ramos, M. (2010). Tema 12: marco jurídico-legislativo en personas mayores. En VV.AA., *Master en Atención Integral y Dirección y Gestión de Centros Gerontológicos. VII Edición*. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide.
- SAR Fundación . (2002). *Manual y protocolos asistenciales en Residencias para Personas Mayores*. Barcelona : Herder.
- SIIS, C. d. (2009). *Garantía de Calidad Kalitatea Zainduz. Manual de aplicación en residencias para personas mayores*. Eguía-Careaga, Fundación.
- Villegas, M., & Rosa, I. (2003). La calidad asistencial: concepto y medida. *Revista de Dirección y Organización, CEPADE, Universidad politécnica de Madrid*, 29-58.
- VV.AA. (2010). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- Wagner, C., van der Wal, G., Groenewegen, P., & de Baker, D. (2001). The effectiveness of quality systems in nursing homes: a review. *Quality in Health Care* , 211-217.
- Zinn, J., Feng, Z., Mor, V., Intrator, O., Grabowski, D.(2008) Restructuring in response to case mix reimbursement in nursing homes: a contingency approach. *Health Care Management Review*, 113-123.
- Zimmerman, D.R., Karon, S.L, Arling, G., Clark, B.R., Collins, T., Ross, R., Sainfort, F. (1995). Development and testing of nursing home quality indicators. *Health Care Financial Review*, 107-127.

ANEXOS

ANEXO 1: SOLICITUD ENTREVISTA A RESPONSABLES DE CALIDAD DE CENTROS RESIDENCIALES PARA MAYORES



UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales
Carretera de Utrera, km 1

Estimado:

Desde el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad Pablo de Olavide al cual estoy adscrita y como estudiante del Programa de Doctorado: Desarrollo y Ciudadanía: Derechos Humanos, Igualdad, Educación e Intervención Social dirigida por el Doctor Evaristo Barrera Algarín estoy llevando a cabo mi tesis doctoral sobre la implementación de los modelos de gestión de la calidad en centros residenciales para personas mayores en España.

Por esa razón, se ha decidido consultar su opinión ya que se considera que su aporte como entidad de dilatada experiencia en el sector puede ser de gran ayuda para la investigación que se está realizando.

Siguiendo la Ley Orgánica de Protección de Datos, todos los datos que usted facilite serán confidenciales. El éxito de la investigación depende de la veracidad de las respuestas y del tamaño de la muestra.

El tiempo de que se dispone para procesar la información y tabular los resultados no es mucho. Por ese motivo, se le solicita que el cuestionario sea devuelto lo antes posible. La duración estimada para la cumplimentación de dicho cuestionario es de 3 minutos y se ha estimado como plazo final para que éste sea remitido a la Universidad el.....

De antemano muchas gracias por su colaboración a responder todas las preguntas del cuestionario. Quedamos completamente a su disposición por cualquier duda o consulta.

Rocío Martínez Fernández

ANEXO 2: MODELO CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD A TRABAJADORES DE CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES

SONDEO SOBRE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES

A continuación encontrará una relación de preguntas a través de las cuales pretendemos conocer distintos aspectos sobre la medición y evaluación de la calidad en centros residenciales para personas mayores. Por favor lea atentamente cada pregunta y conteste de manera objetiva a las preguntas. El tiempo estimado para la realización del cuestionario es de 5 minutos.

*Obligatorio



Titularidad *

Seleccione una de las siguientes opciones

- ☐ Pública
- ☐ Concertada
- ☐ Privada
- ☐ Otro: _____

Denominación del tipo de centro *

Puede seleccionar más de una opción.

- ☐ Centro de Día para Personas Mayores
- ☐ Residencia de Personas Mayores
- ☐ Unidad de Estancia Diurna
- ☐ Otro: _____

Teniendo en cuenta la importancia cada vez mayor de la calidad aplicada a la intervención con Personas Mayores. ¿cómo mide su entidad la calidad de la atención a los residentes? *

Puede seleccionar más de una opción.

- ☐ A través de un Modelo de gestión de la calidad
- ☐ De manera transversal, integrando la calidad como un objetivo de cada intervención
- ☐ Contamos con certificación AENOR
- ☐ La medición se realiza sólo a petición de la Entidad Pública
- ☐ No medimos la calidad en nuestra entidad

¿Por qué esta forma de medir la calidad? *

Describe brevemente las razones por las que considera que su entidad desarrolla esta forma de medir la calidad.

Tu respuesta

Teniendo en cuenta la importancia cada vez mayor de la calidad aplicada a la intervención con Personas Mayores. ¿cómo mide su entidad la calidad de la atención a los residentes? *

Puede seleccionar más de una opción.

- ☐ A través de un Modelo de gestión de la calidad
- ☐ De manera transversal, integrando la calidad como un objetivo de cada intervención
- ☐ Contamos con certificación AENOR
- ☐ La medición se realiza sólo a petición de la Entidad Pública
- ☐ No medimos la calidad en nuestra entidad

¿Por qué esta forma de medir la calidad? *

Describe brevemente las razones por las que considera que su entidad desarrolla esta forma de medir la calidad.

Tu respuesta

En caso de que su centro cuente con algún sistema de Gestión de la Calidad, señale los elementos de mejora con los que cuenta éste.

Puede señalar más de una opción.

- ☐ Permite planificar la intervención
- ☐ Supone un ahorro económico para mi entidad
- ☐ Prevee posibles fallos en la intervención
- ☐ Corrige posibles fallos en la intervención
- ☐ Nos permite evaluar la intervención
- ☐ Genera pautas a seguir para la mejora de la intervención
- ☐ Ayuda a la coordinación del personal, estableciendo protocolos de actuación previos
- ☐ Supone un gasto importante para nuestra entidad
- ☐ Tener implantado un estándar de calidad se traduce en un aumento potencial de clientes/usuarios
- ☐ Otro: _____

¿De qué tipo es la evaluación de su Sistema de Gestión de la Calidad?

Señale una de las siguientes opciones.

- ☐ Evaluación Interna
- ☐ Evaluación externa
- ☐ Evaluación mixta
- ☐ Otro: _____

En lo que respecta a la implantación y evaluación. Señale las Áreas/ departamentos implicados en la puesta en marcha y evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Puede señalar más de una opción.

- ☐ Área médica
- ☐ Área sanitaria
- ☐ Área psicosocial
- ☐ Dirección
- ☐ Gerencia
- ☐ Otro: _____

La participación del mayor en la puesta en marcha del Sistema de Evaluación de la Calidad

Señale una de las siguientes opciones.

- ☐ Continua como miembros en el equipo/comisión de Calidad
- ☐ Previa a través de cuestionario de evaluación
- ☐ Indirecta, a través de familiares
- ☐ No participan en el proceso
- ☐ Otro: _____

La participación del mayor en la evaluación de la Calidad

Señale una de las siguientes opciones.

- ☐ Continua como miembros en el equipo/comisión de Calidad
- ☐ Previa a través de cuestionario de evaluación
- ☐ Indirecta, a través de familiares
- ☐ No participan en el proceso
- ☐ Otro: _____

¿Tienen establecido un cronograma donde se especifique la periodicidad de las evaluaciones de su sistema de gestión de la calidad?

Señale una de las siguientes opciones.

- ☐ No cuenta con una evaluación de la calidad
- ☐ No cuenta con una periodicidad establecida
- ☐ La periodicidad se establece con cada programa de evaluación que se implanta
- ☐ Otro: _____

En una escala de 1 a 5, ¿cómo evaluaría el peso de cada área en el proceso de evaluación de la calidad en su entidad?

Donde 1 significa nulo y 5 peso principal

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Papel Nulo del Área Médica | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Papel principal del Área Médica |

En una escala de 1 a 5, ¿cómo evaluaría el peso de cada área en el proceso de evaluación de la calidad en su entidad?

Donde 1 significa nulo y 5 peso principal

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Papel nulo del Área Sanitaria | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Papel principal del Área Sanitaria |

En una escala de 1 a 5, ¿cómo evaluaría el peso de cada área en el proceso de evaluación de la calidad en su entidad?

Donde 1 significa nulo y 5 peso principal

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| Papel nulo del Área Psicosocial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Papel principal del Área Psicosocial |

En una escala de 1 a 5, ¿cómo evaluaría el peso de cada área en el proceso de evaluación de la calidad en su entidad?

Donde 1 significa nulo y 5 peso principal

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| Papel nulo del Área de Dirección | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Papel principal del Área de Dirección |

En una escala de 1 a 5, ¿cómo evaluaría el peso de cada área en el proceso de evaluación de la calidad en su entidad?

Donde 1 significa nulo y 5 peso principal

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| Papel nulo del Área de Gerencia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Papel principal del Área de Gerencia |

Señale qué diferentes aspectos relacionados con la calidad mide su actual Sistema de Evaluación de la Calidad

Puede señalar todas las opciones que considere.

- ☐ Accidentes
- ☐ Comportamiento y habilidades emocionales
- ☐ Gestión clínica
- ☐ Habilidades cognitivas
- ☐ Eliminación/ incontinencia
- ☐ Control de infecciones
- ☐ Nutrición/ Alimentación
- ☐ Manejo del dolor
- ☐ Funciones físicas
- ☐ Uso de fármacos y psicotrópicos
- ☐ Calidad de vida
- ☐ Cuidado de la piel
- ☐ Competencias emocionales del personal
- ☐ Competencias técnicas del personal
- ☐ Condiciones arquitectónicas
- ☐ Condiciones del material
- ☐ Relaciones interpersonales de residentes

- ☐ Relaciones interpersonales de residentes
- ☐ Necesidades educativas de residentes
- ☐ Programa de atención a familias
- ☐ Evaluación de programas para el mantenimiento y mejora de la autonomía
- ☐ Evaluación de la satisfacción del residente
- ☐ Otro:

Tras la aplicación de Sistemas de Evaluación de la Calidad,
¿cuántos informes de evaluación ha emitido su entidad?

Señale una de las siguientes opciones.

- ☐ No se han hecho informes
- ☐ Se han hecho informes y se han evaluado
- ☐ Se han hecho, se han evaluado y se han puesto en marcha
- ☐ Otro: _____

¿Se han generado pautas de mejora como resultado de las
evaluaciones realizadas?

Señale una de las siguientes opciones.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Otro:

En lo referente al coste de la puesta en marcha de los Sistemas de Gestión de la calidad, ¿han generado éstos un coste añadido para su organización?

Señale una de las siguientes opciones.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/ No contesta
- ☐ Otro: _____

En caso afirmativo, ¿estaban estos costes previstos con anterioridad a la puesta en marcha?

Señale una de las siguientes opciones.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/ No contesta
- ☐ Otro: _____

En su opinión, ¿se traducen estos costes en una mejora efectiva de la Calidad en su organización?

Señale una de las siguientes opciones.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/ No contesta
- ☐ Otro: _____

En lo referente a los recursos humanos, indique qué áreas profesionales han recibido formación u orientación en su entidad para la puesta en marcha de modelos de gestión de la calidad.

Puede señalar más de una opción.

- ☐ Gerencia
- ☐ Dirección
- ☐ Área psicosocial
- ☐ Área médica
- ☐ Área sanitaria
- ☐ Ningún profesional ha recibido formación previa en calidad
- ☐ Otro:

En caso afirmativo, ¿cómo calificaría usted esta formación?

Señale una de las siguientes opciones.

- ☐ Muy completa
- ☐ Completa
- ☐ Suficiente
- ☐ Insuficiente

ANEXO 3: RESPUESTAS A LAS OPCIONES ABIERTAS CUESTIONARIO CALCERIS001

| |
|--|
| Pregunta: ¿Porqué esa forma de medir la calidad? |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Porque es la que mejor se adapta a nuestra necesidad, y porque obtenemos buenos resultados.▪ Para introducir medidas de mejora en temas de calidad y ofrecer calidad del servicio.▪ El grupo tiene 30 centros y un sistema de gestión unifica criterios y políticas de empresa. La misión, visión y valores de la compañía se integran transversalmente en todas las actividades de las residencias.▪ Porque es la forma de la mejora continua▪ Para tener una valoración externa que lo certifique▪ La indicada por la administración▪ Se centra en la persona▪ No consideramos necesaria la certificación por parte de ninguna empresa externa. Nuestros clientes son los que deben certificar la calidad.▪ Para conseguir la satisfacción de residentes y usuarios objetivizando los resultados, motivándonos para el cambio mediante mecanismos protocolizados de mejora y normas de referencia.▪ Permite tener presente la calidad e indicadores en todo momento. Además, con la opción de AENOR, es una forma de reforzar positivamente el trabajo interno.▪ Incluir la calidad como objetivo en cada uno de los procesos que realizamos, nos asegura que la finalidad de nuestro trabajo, que no es otra que el cuidado integral de nuestros residentes, se lleve a cabo con total garantía de satisfacción para el propio residente, su familia y nuestros profesionales▪ Responde al objetivo general de mejora continua y calidad total en el servicio. |

- Describiendo cada proceso y los ítems a cumplir y evaluar con que periodicidad. De esta manera encontramos los puntos de mejora.
- Porque en el momento en el cual se decidió dar el paso en la gestión de la mejora, se optó por un modelo certificable por AENOR
- Es la forma en la que la medimos desde hace años y tenemos buen resultado
- Es muy importante la satisfacción del cliente, así como, la prestación de unos servicios excepcionales de calidad y qué mejor forma de hacerlo que midiéndolo.
- Decisión tomada por la Gerencia.
- Si no se mide no se puede saber dónde se falla y así poder mejorar.
- Deficitaria
- Aún estamos en proceso de obtener una certificación oficial
- Evaluación exhaustiva y continua
- La calidad es la esencia para el bienestar de nuestros usuarios, por ello queremos medir la calidad en cada actividad realizada en nuestra entidad.
- Porque por un lado sigue las pautas de calidad de todas las residencias del grupo y por otro necesita pautas externas
- Debido a que la calidad debe estar presente en cada departamento, cada trabajador, cada equipo técnico, cada decisión, cada intervención.

ANEXO 4: TRANSCRIPCIONES ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS A RESPONSABLES DE CALIDAD DE CENTROS RESIDENCIALES

ENTREVISTA 1: BEATRÍZ CUESTA. RESPONSABLE DE CALIDAD GRUPO AMMA.

Beatriz Cuesta García, responsable de Calidad del grupo AMMA. El grupo AMMA tiene 29 residencias. Es una entidad privada, en noviembre de 2016 se fusionó con el grupo ADAVIR, que realizó la compra del 100% del accionariado del grupo AMMA. Se está procediendo a la fusión a lo largo de 2017, con una denominación común y el grupo pasará de tener 30 centros a tener 43 centros, que se hará de forma privada ya que es una sociedad privada.

El grupo AMMA está actualmente en siete Comunidades Autónomas: Madrid, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Murcia, Cataluña y Canarias

¿De qué tipo son las plazas que ofertan?

El grupo empresarial es de titularidad privada pero gestiona centros con plazas concertadas con la administración. Unos centros son en propiedad y otros centros no son en propiedad. Hay diferentes regímenes de los edificios: construido por AMMA para la gestión de plazas 100% públicas, como pueden ser el Modelo Alemán que llamamos en Castilla La Mancha, los centros de Guadalajara, Hellín, que el 100% de las plazas son públicas. Todos los centros tienen plazas concertadas, o bien a través de un pliego de prescripciones técnicas o a través de un convenio de colaboración.

Entrevistadora: Centrándonos en los Sistemas de Gestión de la Calidad que tenéis, explícame un poco qué sistema o normativa tenéis ahora mismo vigente y las características fundamentales de los modelos.

Entrevistada: Tenemos un modelo único, es el mismo sistema de gestión para todos los centros. En el año 2010 empezamos la certificación, fuimos por etapas, y actualmente, salvo uno de los centros (AMMA Diagonal), están todos certificados con ISO 9001. El año pasado hicimos ya la adaptación a la versión 2015 de la norma de calidad, por lo tanto, por lo tanto los 29 centros de AMMA están certificados con ISO 9001 versión 2015. Además hicimos, a través de un modelo Multi-Site, no auditamos todos los

centros, sino un muestreo, integramos con UNE 179003, que es de seguridad del paciente, es una norma de calidad específica del sector sanitario, en principio, en España, salvo en un grupo que hay en Andalucía, no sabría decirte ahora su nombre, (grupo de residencia), con esa certificación seríamos los segundos. A nivel nacional los primeros, pero así como grupo, los segundos, porque es una normativa muy hospitalaria y muy de atención primaria.

En diciembre de 2016 certificamos también nuestro sistema integrado con SG21, responsabilidad social corporativa.

Luego tenemos 13 centros acreditados libre de sujeciones. Tenemos un proyecto para que el total de los 29 centros eliminen sujeciones y de momento hay 13 que ya están acreditados por CEOMA, como cero sujeciones, nada de 5%... nada, cero sujeciones.

Entrevistadora: En cuanto a las características de la normativa ISO 9001...

Entrevistada: Bueno, pues, la ISO 9001 es un sistema general, que vale para cualquier tipo de sector, cualquier tipo de empresa. Nosotros lo que hemos hecho es que nuestro modelo asistencial, es decir, recoger los requisitos de una norma que es común para cualquier entidad, y adaptarlas a un modelo de atención centrada en la persona. Desde un enfoque muy personalizado y muy basado en la misión, visión y valores de la compañía, lo que hemos hecho ha sido traducir los requerimientos de la norma ISO 9001 en nuestra forma de trabajar. Lo hemos adaptado, lo hemos acoplado bastante bien y tenemos diseñados los procesos para dar cumplimiento a esta norma pero sin perder la identidad y el sentido de lo que somos como compañía y el sector en el que trabajamos.

Entrevistadora: ¿Qué ventajas ves tú a este sistema con respecto a otros? Porque sabemos que hay muchas certificaciones, estándares y demás, como por ejemplo la EFQM que también está bastante extendida en España. ¿Qué ventajas le ves a este Sistema? ¿Qué aporte positivo tiene?

Entrevistada: Pues mira, lo que mayor ventaja me supone es, primero, que no es una autoevaluación, por ejemplo en EFQM tú te evalúas con un panel de profesionales, expertos y tal. Aquí (en ISO 9001) hay una entidad certificadora externa que además son auditores especialistas en el sector. Además, como sistema de gestión cualquier modelo sería bueno pero, para mí, ISO 9001 nos ha permitido homogeneizar los 29

centros, es decir, que se trabaje de la misma manera sin perder su identidad personal. Es decir, cada centro imprime el carácter en la gestión pero el modelo es único, la transmisión de información es homogénea, la trazabilidad de las historias clínicas es la misma y los profesionales están igualmente cualificados. Todo ese proceso de homogeneización es lo que nos ha llevado a tener una ISO 9001.

Entrevistadora: En cuanto a la implantación del propio sistema, nos interesa conocer cuál ha sido el papel tanto el que le reserva la propia normativa como el que vosotros le habéis concedido, en la medida en la que tenéis esa capacidad de la que hablabas de adaptación, a los residentes o en el caso de los residentes que tengan algún déficit cognitivo, a las familias e incluso en el caso de residentes sin déficit cognitivo, también a sus familias.

Entrevistada: Nosotros en 2016 hicimos un cambio en nuestra misión, visión y valores, nuestro código ético, y sobre todo en nuestra política de calidad, porque hay una tendencia necesaria, y porque además así lo vemos, de hacer atención centrada en la persona. La Atención Centrada en la Persona, precisamente lo que busca es las particularidades del individuo como residente/usuario de centro y que todo el sistema se adapte a ellos. Nosotros antes hacíamos un PAI (Proyecto de atención individualizado) y se veía que ese plan fuera muy parecido y se acoplara a la organización del centro. Ahora lo hacemos al revés, tratamos de adaptar o adaptarnos la organización del centro siempre a las necesidades de expectativas del residente y de su familia. Entonces, desde un modelo asistencial basado en la persona, bajamos hacia abajo. Nuestra base, evidentemente, es nuestra forma de trabajar pero siempre teniendo en cuenta las particularidades de la persona. La familia interviene un poco menos, interviene como conocedor del sistema, participa y se implica pero más desde la información más que en la toma de decisiones pero sí que somos centros abiertos a que las familias, por supuesto, participen del día a día de la residencia.

Entrevistadora: Y en el proceso de evaluación, ¿participan los residentes? Y si lo hacen, ¿de qué manera?

Entrevistada: Hay en algunos centros donde algún residente ha llegado a estar en un PAI pero no es habitual, porque además desconocen las herramientas. Sí que es verdad, que tú pasas las escalas de valoración y les evalúas desde el ingreso a las evaluaciones

periódicas, que se hacen cada año o cada seis meses en función de las Comunidades Autónomas, pero participar en esas reuniones de valoración no participan. Sí que es verdad que el equipo ahora trabaja a través de un técnico de referencia. Hemos implantado la figura del gestor del caso y del técnico de referencia, de forma que estamos intentando hacer, que haya un profesional, el más adecuado a las necesidades de ese residente para que sea el que transmita al grupo esas necesidades de esa persona y que además sea quien recabe el plan de trabajo para esa persona. Entonces, sí que es verdad que no participa directamente pero sí a través del gestor del caso.

Entrevistadora: Y en tu opinión, ¿la participación del mayor en estos procesos es suficiente?

Entrevistada: Yo creo que con los niveles de deterioro con los que estamos, o sea, tenemos niveles de dependencia muy muy altos, con un nivel de demencias muy elevado... Al final lo que hacemos es profesionalizar, pero además no desde un sentido muy teórico, sino desde un sentido muy real, con prácticas muy reales, con el residente sí que conseguimos alcanzar esa prestación del servicio muy adaptada a la persona. Porque antes por ejemplo, cuando hacíamos las terapias, nos basábamos en materiales de niños, que es lo que había en el mercado sin embargo, ahora ya vamos a salas en las que adaptamos el entorno a lo que esa persona necesita, desde cambiar nuestro material de terapia ocupacional a poner pantallas con pomos de tuerca, con puertas de la vida real. Niveles de dependencia o con demencias severas en las que antes les ponías a pintar o con piecitas pues ahora tienen ropa, colocan armarios y juegan con muñecos con peso, es decir que se adaptan a esa necesidad. Yo creo que es un cambio muy significativo. Sí que es verdad que expresado de esta manera: participan o no participan, pues oye, yo no me los llevo a una reunión pero por supuesto que participan porque cada individuo y sus necesidades son evaluados de forma independiente.

Entrevistadora: Y volviendo un poco al modelo. Qué aspectos de la intervención del día a día mide el modelo concretamente?

Entrevistada: Pues es que al final el modelo es el día a día del trabajo, desde que hacemos un ingreso y el residente se ubica tanto en la mesa del comedor como en la habitación en la planta más adaptada a sus necesidades. Ese residente no ocupa cualquier plaza en la residencia sino que la residencia se colocan por plantas o pasillos

en función del nivel de dependencia, ya se adaptan a la persona. Hay una valoración de atención sanitaria, enfermería, medicina y luego de todos los técnicos desde el ingreso en el que ya valoras a la persona y su estado cognitivo y físico. Entonces, el modelo de Atención Centrada en la Persona es la base.

Entrevistadora: Y la normativa ISO de gestión de la calidad, ¿qué mide? ¿qué aspectos de la intervención mide?

Entrevistada: Pues mira, tenemos diferentes herramientas. Dentro del Sistema de Gestión de Calidad tenemos diferentes herramientas para medir: desde auditorías internas, que tenemos todos los años un plan de auditorías internas, auditorías externas, que evalúan el cumplimiento de los procesos adaptados a la persona, tenemos indicadores mensuales que valora: el índice de caídas, el índice de prevención de las úlceras por presión, infecciones de orina, las restricciones físicas para los centros a las que les queda, la polifarmacia, cuestiones como errores de medicación o cuestiones del servicio de limpieza, lavandería, cocina... Tenemos encuestas de satisfacción anuales con todos los atributos de la calidad posibles, tenemos un sistema de atención de quejas y reclamaciones, tenemos inspecciones y luego además tenemos multitud de visitas y seguimientos de visitas por nuestros técnicos. Es decir, herramientas que tenga el Sistema de Gestión de la Calidad para evaluar el cumplimiento de esos procesos existen muchas y todo lo demás es cualitativo. O sea, porque el Sistema de Gestión lo tienen que hacer cumplir o los procesos los tienen que cumplir las personas que están allí. Yo a través de esas herramientas sólo mido la eficiencia que hacen los procesos pero para mí no existe un indicador del "nivel de humanidad" que tienen mis auxiliares, el nivel de confort con el cuidado que tiene el residente, salvo en la encuesta de satisfacción que contemplara esa parte pero no la contempla. Contempla el grado de satisfacción, el cómo se sienten de cómodos o de a gusto y de cómo valoran los diferentes profesionales y luego los diferentes servicios que tengo. La familia está valorando también la satisfacción del personal por diferentes niveles de competencias: el equipo de auxiliares, el equipo de terapia... Valoran a la persona y el cómo se sienten con esa persona y luego el propio servicio "oye, pues mira, la fisioterapia me gusta o no me gusta" y luego la amabilidad también es una de las cosas que preguntamos en las encuestas: "la gente es amable", "cómo te atendemos", esas preguntas genéricas se hacen en las encuestas de satisfacción.

Entrevistadora: En lo referente al personal, en la puesta en marcha y aplicación del modelo, ¿qué papel juega cada área profesional? ¿Juegan el mismo? ¿Hay algunas áreas que tienen mayor protagonismo que otras?

Entrevistada: Al final nuestra oficina central ha sido muy ejecutiva y la parte operativa, la que llevan los centros, evidentemente todos tienen un grandísimo peso, todos, principalmente el director del centro y luego a partir de ahí, los mandos intermedios.

Es decir, la carga del Sistema de Gestión abarca a todos los profesionales, porque el Sistema de Gestión trabaja lo mismo con procesos para mantenimiento o para el conductor del Centro de Día como para enfermería o limpieza. Es decir, lo aborda absolutamente todo. No está seccionado como en un hospital al sector de anatomía patológica o a la farmacia, no, todo, incluyendo incluso servicios subcontratados como la farmacia o la peluquería o podología, lo aborda todo. Ahora bien, los mandos medios son los que de alguna manera transmiten, hacen la transferencia de los procesos y los requerimientos de los Sistemas de Gestión a todo el personal.

Entrevistadora: Dentro del proceso de implantación, ¿ha habido un programa de formación específica hacia todo el personal del centro?

Entrevistada: Nosotros, todo lo que fue el proceso de implantación hicimos mucho trabajo de consultoría interna. Es decir, tuvimos una consultora externa, por supuesto, pero sobretudo el equipo del área de calidad y del área técnica de la compañía hicieron abordaje a los diferentes centros. Es decir, la certificación fue a tres años por grupos de centros. Ahora cuando llega un centro nuevo hay un abordaje, vamos hacia el centro, trabajamos con los equipos, haciendo la implantación de los procesos y de los protocolos de asistencia. Se ponen en marcha y se supervisa esa puesta en marcha y luego se audita, o sea, el proceso es muy de ir vinculados a la formación de los trabajadores y luego cuando se incorpora un profesional nuevo lo que se le hace es una acogida con formación. En función del puesto para el que sea hay unos catálogos de formación y reciben una actividad formativa, tanto de la herramienta con la que nosotros trabajamos con una hecha a medida, como el propio funcionamiento y procesos y del modelo asistencia.

Entrevistadora: Desde tu punto de vista ¿Consideras necesaria esta formación?

Entrevistada: Es indispensable

Entrevistadora: En lo referente a los resultados que habéis obtenido de la implantación de dicho sistema, ¿la implantación de este sistema se ha traducido en una mejora efectiva de la calidad de los centros?

Entrevistada: Por supuesto, estoy muy convencida de ello, mucho, mucho. Es un trabajo que necesita continuidad. Tú siempre que lo evaluas siempre necesitas seguir mejorando pero evidentemente el cambio ha sido muy significativo.

Entrevistadora: En cuanto a la forma en la que habéis evaluado la normativa ISO por ejemplo, ¿en qué consiste esa evaluación?, ¿cómo se contempla el evaluarlo?, ¿qué mecanismos prevé el sistema?

Entrevistada: Nosotros para eso tenemos las auditorías internas y las auditorías externas. las auditorías externas son las de certificación. Una vez al año nos vienen, en este caso nuestra entidad certificadora es AENOR. Nosotros en tres años auditamos los 30 centros más las oficinas centrales y esta entidad acreditadora está acreditada por ENAC, o sea, que el sistema de evaluación del modelo de gestión es el que existe ahora mismo a nivel nacional y yo creo que el más adecuado, los resultados son espléndidos.

Entrevistadora: Además de esta evaluación externa, a nivel interno ¿habéis elaborado planes de evaluación se ha traducido en la elaboración de un plan o planes en aquellas áreas en las que se necesita mejora?

Entrevistada: Sí, para las encuestas de satisfacción, en base a los resultados. Tras cualquier pregunta que esté por debajo de 7 hay un plan anual de mejora que establece el propio centro. Imagínate: en alimentación, en lavandería... Son normalmente, atributos que la gente penaliza, pues, cada uno de los centros hace un informe con una planificación a un año vista de las cosas que va a hacer para mejorar la satisfacción de las familias y usuarios. Luego además tenemos el sistema de auditorías internas, de ahí salen planes de trabajo continuos. Lo que pasa es que ahí no es como tal un plan de mejora sino, cómo decirte, es de mejora porque ante desviaciones de un requerimiento tienes que analizar causas, eliminar la causa del problema y poner en marcha planes

para evitar eso. Mejora? bueno, mejora en cuanto que es obligatorio cumplir con los requerimientos del sistema, pero es un sistema planificado a través de las acciones correctivas.

Entrevistadora: Visto en global, me imagino que esta implantación ha traído consigo una serie de exigencias, a parte de las estrictamente necesarias por ser obligatorias e impuestas por la propia normativa, ¿estas exigencias han supuesto un sobre coste para su entidad?

Entrevistada: ¿Sabes qué pasa? Que valorar en términos económicos, no sabría decirte. Yo diría que más que coste económico es un coste de recursos humanos, el hecho de tener que hacer más documentación, más registros, eso supone que las personas tengan que estar más dedicadas. También es verdad que nosotros funcionamos con un sistema informático diseñado para nosotros y que para que ese sistema informático de cumplimiento a nuestros requerimientos también hay que ponerlo en marcha con una serie de consultores y un día a día. Esos son recursos humanos y recursos económicos. Sin duda, recursos económicos se necesitan pero no sabría cuantificarte si mucho más de lo que, sin tener un sistema de gestión, sí que hubiéramos necesitado. Probablemente el sistema informático lo hubiéramos tenido igual estuviéramos certificados o no.

Entrevistadora: En cualquier caso, me imagino que estos costes estaban previstos o la hora de decidirse por esta implantación.

Entrevistada: Sí claro, evidentemente. Cuando se planifica un proyecto de este tipo haces un abordaje de los recursos que puedes tener y el nivel de implantación: rapidez, velocidad, la intensidad con la que se hace también depende de los recursos que tienes tanto humanos como económicos. No es que se base únicamente en la cuestión económica pero claro, tienes que planificarlos, tienes que prever si vas a poder disponer de los recursos.

Entrevistadora: Estos costes de alguna manera, ¿cómo lo interpretáis: como un coste en el sentido estricto de la palabra o como una inversión?

Entrevistada: Desde mi punto de vista es una inversión, lo que pasa es que al final... no son costes productivos entonces, en realidad yo compro un lavavajillas y es una inversión. Ese lavavajillas me retroalimenta porque voy a reducir el coste de esa persona

lavando a mano y la eficiencia no la puedo medir, pero evidentemente es lo mismo, es una inversión, lógicamente, para la mejora. Lo que no te puedo decir es cuánto valor, porque no puedo cuantificar, cuanto valor tiene esa mejora.

Entrevistadora: Vosotros sois empresa privada también, en relación al marketing y publicidad de su centro, que también es uno de los aspectos que rigen a cualquier empresa privada ¿considera que la implantación de sistemas de gestión de la calidad mejora la visión de su entidad de cara a potenciales residentes?

Entrevistada: Po supuesto, por supuesto. Además, nosotros tenemos un departamento de comunicación con el que trabajamos continuamente, tanto la comunicación interna, ya que nuestros trabajadores son prescriptores de la marca, porque todo su entorno lo conoce. Y por lo tanto, tener un Sistema de Gestión certificado hace que tu trabajadores, puedan hablarlo por el que están y por lo tanto comercialmente es muy bueno. Y luego, de cara a las administraciones públicas, tú piensa que las administraciones tanto a nivel de inspectores como de otros médicos a su vez son prescriptores de la marca y el hecho de tener un Sistema de Gestión hacen que se sientan con esa confianza además de conocernos con la operativa del día a día y saber cómo trabajamos. Pero esas certificaciones les hacen tener unas ciertas garantías. Y luego a nivel de mercado podría decirte que una de las cosas que hacemos, como el hecho de tener centros libres de sujeciones ha hecho que la gente prefiera esperar una lista de espera para ingresar en uno de nuestros centros a ingresar en otro centro. Ya no te voy a decir ISO9001 que es mucho más etérea y que la gente la reconoce un poco más en general, en el mercado normal, pero tipo de acreditaciones como el desatar o de seguridad del paciente, sí que determinadas personas o clientes te vengán a buscar.

Entrevistadora: ¿Qué peso crees tú que tiene este hecho en la decisión de la implantación de los sistemas?

Entrevistada: Bueno, de hecho el área de Comunicación y Marketing que en AMMA es la misma persona es un poco el incitador de todo esto y de muchas de las certificaciones que tenemos. Está en un Comité de Dirección y el año pasado, junto con mi jefe que era el Director de Operaciones, básicamente son los que van tirando: oye, vamos a dar un poquito más, especificación, acreditación, para que nos destaquemos en el mercado. El

marketing es muy muy importante, las acreditaciones y certificaciones para la parte comercial son muy, muy importantes.

Entrevistadora: Como ya sabrá, hay muchas residencias en España que todavía no cuentan con un sistema de gestión de la calidad, ¿considera usted que la legislación contemple la obligatoriedad de dichos sistemas para gestionar y evaluar la calidad en centros residenciales para mayores?

Entrevistada: ISO 9001 parte de la base de que es voluntaria. Si fuese obligatoria perdería parte del valor diferenciador que tiene. Sí que es verdad, que en este sector, para poder concertar plazas públicas sí que te obliga la administración a que tengas un sistema certificado: con ISO 9001, con EFQM o con otro modelo. Es obligatorio. Ahora, el hecho de que obligue a alguien a hacer la certificación, desde mi punto de vista, ya pierde el valor de la diferenciación. Yo me quiero diferenciar por mi modelo de gestión, no porque esté certificado sino porque realmente funciona y da un nivel de calidad elevado. Para mí la certificación es un valor añadido "premio" pero no debería ser obligatoria. Ahora bien, creo que la administración se basa en este tipo de certificaciones para decirte: pues tú sí y tú no. Cuando en realidad puedes tener un sistema de gestión muy bien implantado, trabajar muy bien con una entidad corporativa muy potente, con atención centrada en el residente muy bien y no tener esa certificación y para mí sería igual de válido. Y mira que yo soy de "certificar, certificar" pero creo que no debería ser nunca obligatorio.

Entrevistadora: ¿Crees que quizás debería intentar llegar a un modelo o estándar único, que fuera compartido en vez de tantos y diferentes Sistemas de Gestión o bien que cada uno elaborara su propio sistema?

Entrevistada: Yo creo que no, que lo ideal es que haya unos estándares. Nosotros hace unos años estuvimos trabajando en la nueva UNE 158000, que es la específica de Residencias, que ahora mismo se está trabajando a nivel europeo porque se va a convertir en una "EN" en lugar de una "ISO", que significa que es internacional, en una norma europea como mínimo. Homogeneizar empresas tan diferentes con estándares similares me parece complicadísimo. Llegar a una norma parecida a ISO 9001 que te pone una serie de requerimientos y tú desarrollas esos requerimientos manteniendo tu identidad, perfecto: pero encorsetar a veces me parece demasiado forzado. Nosotros

estuvimos también intentado ver la Joint Commission, para Residencias y llegar a esos niveles a mi me parecía una locura. que tenga que hacer tres inspecciones en el sobretecho cada cierto tiempo... bueno, no me dejas opciones a que yo pueda plantear otra forma de trabajar ¿sabes? Entonces, no cualquier cosa vale, no yo digo mis requerimientos y tú me certificas lo que yo quiero que me certifiques o no pero una homogeneidad tan exagerada que todos tengamos que ser iguales yo creo que se pierde un poco la identidad corporativa.

Entrevistadora: Finalmente, con respecto a la situación de la implantación en las Comunidades Autónomas en las que trabajáis ¿cómo está la situación? Lo que vosotros veis con otros grupos empresariales. ¿Se está dando de manera mayoritaria esta implantación de modelos o es algo residual?

Entrevistada: Qué va, yo te diría que al revés, las administraciones públicas en todas las Comunidades Autónomas lo exigen a nivel concierto. Es decir, si tu eres pequeño, privado y todas tus plazas privadas pues igual no te lo exigen, pero las plazas públicas en todas las Comunidades Autónomas te lo piden, todas por igual. Es un porcentaje vinculante a la hora de concertar plazas. Tú intentas firmar acuerdos para plazas públicas y si no estás certificado, en ninguna de las Comunidades Autónomas, no te dejan participar. Sí que es verdad que hay muchas Residencias pequeñas, muchos centros incluso de monjas que están exentos para este tipo de cosas, son privados. También hay centros públicos directamente de la administración, que creo que a ese nivel no les exigen una certificación.

ENTREVISTA 2: ABEL CATELA. RESPONSABLE DE CALIDAD COOPERATIVA EL ROBLE

Entrevistadora: Si te parece, me dices tu nombre, tu cargo en el tema de calidad, la empresa, así brevemente para ubicarnos.

Entrevistado: Bueno pues mi nombre es Abel, soy el técnico de la Cooperativa El Roble, que tiene también un acuerdo de gestión con la cooperativa Jovial en la que actualmente ocupo funciones como la de director de centro de día.

Como el centro de día es más pequeñito, me permite desarrollar funciones y roles de coordinación en general como director técnico, y dentro de mis funciones principales está la gestión de los recursos humanos, que se trabaja en la gestión de personas, la gestión de los servicios, que garanticen un mínimo de calidad, diría, calidad percibida de los usuarios más que los sistemas de calidad, y después pues estaría también el tema de los sistemas de gestión que tenemos en la empresa que son varios.

Entrevistadora: Pues, a eso íbamos, de los sistemas que tenéis implantados ahora mismo, definir un poco las características fundamentales lógicamente, de lo que tenéis implantado, de lo que estáis en proceso.

Entrevistado: Tenemos varios implantados, el primero con el que empezamos fue la norma ISO 9001, empezamos a trabajar en el centro de Castiblanco, se inauguró en 2001, en 2002 estábamos trabajando con este sistema y lo especificamos en 2003.

Sobre este sistema, y más en aquellos tiempos, pues era un tema que venía muy del tema industrial o de otros temas pero al final es bastante genérico y permite que cualquier tipo de organización independientemente de lo que se dedique pues lo pueda utilizar como móvil de gestión.

Que pasa, que quizás tiene un lenguaje excesivamente técnico que, claro, es necesario para que sirva para cualquier tipo de organización, pero yo creo que sobre todo el principio puede echar un poco para atrás, sobre todo cuando ves la norma ISO 9001 y ves esa cantidad de palabras y conceptos y que parece que no tiene nada que ver con lo que hacemos, después, cuando profundizas y lo haces tuyo, yo creo que es importante en la ISO, pues te das cuenta que muchas de las cosas que vienen son de sentido común

y son totalmente, cuando superas esa barrera, un poco del lenguaje creo yo, pues es un instrumento muy eficaz que para nosotros es la acción durante todo este tiempo y no seríamos capaces yo creo de trabajar sin ISO.

Después, si quieres que profundice, profundizo más de los diferentes sistemas.

Casi desde el inicio empezamos a trabajar con el modelo EFQM también, modelo de gestión empresarial, en el que en 2003 elaboramos la primera memoria con lo cual casi desde el principio estamos trabajando con él, y en el que en el año 2004, en nuestro informe de 2004 que creo que se valoró en 2005, pues conseguimos una mención, en tema de liderazgo, porque yo creo que con lo que se nos premiaba en este modelo, era por ser absolutamente líderes en el tema de impulsar todo lo que es la gestión de calidad de lo que son los servicios sociales, socio sanitarios, como es el nuestro y bueno, la EFQM es un modelo que estamos enamorados casi desde el inicio, nos parece más atractivo que cualquiera de los demás, para lo que es la gestión global de la empresa.

Entrevistadora: ¿Por qué?

Entrevistado: Es la gestión global de la empresa, es ir más allá quizá, nosotros la diferenciación que hacemos con la ISO, es que la ISO nos lleva más a los procesos y desde los procesos-soportes, pero muy centrado en la producción del servicio, y la EFQM lo que nos permite es una dimensión más amplia de lo que es la organización, en la que los procesos en lo que desarrollamos nuestras actividades son muy importantes, pero también se da importancia a otros aspectos que quizá si no tuviéramos ese modelo pues no caeríamos, y sobre todo si lo pongo en el contexto del tiempo, porque cada vez va habiendo más sistemas, pero que ya se hablara de liderazgo, en esos, bueno mucho antes de esos años, un poco nosotros empezamos aplicando, pues nos parecía muy interesante, al final, en mi opinión, y que no soy un experto en calidad, aunque lleve trabajando, y más experto en la atención a los mayores, pero la calidad la conozco de utilizarla más que de que yo pueda hablar sobre este tema, pero al menos en mi opinión, los hace poner puntos de vista en el que es importante desde ser una entidad líder o a saber cómo gestionamos nuestro propio liderazgo y que como en los otros sistemas, que para poder implantar estos sistemas tienen que venir desde arriba, desde casi la dirección que este comprometido hasta un técnico, no va a conseguir nada, porque hay que tomar decisiones, hay que retroalimentar el propio sistema, gestionar muy bien los

datos y eso es interesante para hacer después algo con ellos, porque si se llega a todo y tú tienes una información, por tener las cosas muy bien controladas y tener una serie de indicadores y demás y después no haces nada con ellos, el sistema es un adorno o un sello que utilizas de manera comercial y en el que, para nosotros, no es un sello, es una herramienta que nos ayuda en la gestión y así debería de ser el termino para cualquiera.

Toca liderazgo, toca que no estamos solos y que podemos intercooperar con otras entidades y que cuando generas sinergias pues eso mejora los resultados, como es el tema de las alianzas o de la gestión de los recursos, el tema de las personas, las personas como numero o recursos, ya en este pueblo lo llaman personas, y hablan de que se hacen las cosas de determinada forma, en las personas de la organización, después eso va a repercutir en los resultados salariales y económicos, el tema de la estrategia, saber quiénes somos y a donde vamos, y después la parte de proceso, que está muy trabajada en la ISO también, y después los resultados, porque para tener unos resultados clave, que eso es importante, no estamos aislados del mundo, los resultados que tenemos en la sociedad, la imagen que tenemos y como cuidamos esas alianzas locales, el tema de los resultados en los trabajadores, en los clientes principales que en este caso son las personas mayores que tenemos en la residencia, entonces es como, tú tienes ese esquema para ayudarte a saber que es una empresa excelente, pero unos buenos resultados no solo te exigen en temas económicos o en temas de satisfacción, porque para conseguir esas cosas también tienes que actuar sobre otras, para eso nos sirve el modelo EFQM, después, mucho más reciente, empezamos a trabajar con el modelo más reciente, de hecho se pilotó en nuestro centro, antes no existía, de la agencia de calidad sanitaria andaluza, en el que bueno, tenía su punto fuerte más importante en mi opinión es que es muy específico de lo nuestro, que es socio sanitario, aquí el lenguaje que se utiliza de cualquier director de centro, en tema relacionado con dependencia, mayores, discapacidad, servicios sociales, pues entiende el lenguaje, pues hablamos de calidad de vida, de ética, de también aspectos que vienen en los modelos anteriores porque dan importancia, detectamos lo que pasa en nuestra organización y como actuamos ante ello, y como sigue esa organización ese camino hacia la mejora, quizá es el punto más fuerte que le veo, y por utilizar un sistema de calidad propiamente dicho, estamos utilizando un sistema de calidad ahora, añadiendo otras herramientas, como es el cuadro de mandos integrales, en los que bueno, nos da unos datos globales, y en los que a veces

por ejemplo, nos ayuda porque los que somos de lo social muchas veces no prestamos atención al tema económico no, y somos empresas, somos entidades, somos ONG, y tenemos que cuadrar unos números y además que son un recurso que necesitamos para poder después implantar más mejoras, y detectar pues “ oye deberíamos de intentar hacer un cambio en los espacios económicos “, a través de un presupuesto en el que actuar, sino por no prestarle mucha atención, es más esclavo de ese área, entonces, tenemos que integrarlo todo, que al final, lo que te decía antes de que profundizara más en cualquier de estos sistemas, según tu veas, en lo que estamos ahora, nuestra propia planificación que hemos definido y por lo que vamos a mirar menos hacia fuera, vamos a hablar nuestros de servicios, sino mejorar nuestra gestión interna, y dentro, el pilar fundamental, uno de ellos es crear un sistema integral de nuestra gestión en la que combinemos todos lo que hacemos y veamos como todo tiene cabida, es como un puzle en el que todo encaja, no es que ahora hablamos de ISO, ahora hablamos de ACSA ,no, dentro de lo más global a lo más específico cada uno tiene su parte, sobre todo si daríamos, la secuela más global dentro de los procesos, nos ayuda mucho a responder y la ACSA nos ayuda mucho a la ISO para hablar más de especificadas, de lo que es nuestro sector, entonces es como donde esta, el nivel de la organización o como lo vamos encajando y que hay que transmitir hacia dentro, y no es de “oh tenemos 4 o 5 cosas diferentes” no, al final todo es lo mismo, todo es ver cómo podemos mejorar lo que nosotros tenemos definido que vamos a mejorar, para nosotros fundamentalmente, la atención a las personas, muy clave el tema de cómo están nuestros profesionales porque solemos decir que la atención en estos servicios nuestros no la da el discurso del director, sino la da el auxiliar de enfermería, que es el que está luchando y el que llega a una cama. Entonces es importante que el trabajador este contento y que entienda un poco la estructura de la organización y que entienda, lo que nosotros queremos conseguir.

Entrevistadora: Y Abel, con respecto a todo esto, estos sistemas incluso de los que me hablas, vuestra propuesta de integrarla ¿Qué papel le dan esos sistemas o creéis vosotros que deben de tenerlo y por eso lo utilizáis a las personas mayores en este proceso tanto de implementación como de después una evaluación posterior que tienen todo este tipo de sistemas de gestión de calidad? ¿Qué papel le da en tu opinión?

Entrevistado: En mi opinión, lo que es la teoría de los modelos en sí, le da muchísima importancia, la EFQM por ejemplo, cada uno de esos cajones de los que hemos hablado antes brevemente, le da un peso a los clientes importante, al final cuando habla de los resultados, nos dice que tenemos que medir como están nuestros mayores y hay cuantificadores más objetivos y más subjetivos, hay satisfacción, y en la ISO también, en la ISO tú tienes que saber la satisfacción, en este caso de nuestros mayores, por lo cual, por normativa desde este requisito, desde estos modelos nos lo exigen, quieras o no tienes que hacerlo, con lo cual...

Entrevistadora: ¿Y de qué manera intervienen ellos?

Entrevistado: ¿Los mayores?

Entrevistadora: Si, directamente ¿cuál es su intervención ¿Cómo intervienen ellos directamente? ¿Cuál es su papel por ejemplo en una EFQM? Vosotros que lleváis ya mucho recorrido, ¿en qué momento intervienen?

Entrevistado: Creo que en la cultura de estos sistemas se espera esto, otra es lo que cada uno haga, nosotros los cuestionarios que tenemos para ver la satisfacción de los elementos en los que no podemos obviarlos, nos tenemos que definir a nosotros, entonces claro, tú vas a tener información sobre lo que preguntes, tienes que tener información sobre la satisfacción de que queda mucho en el eje de la propia organización en como diseña ese instrumento.

Hubo un proyecto a nivel andaluz, pero hace ya varios años, se quedó en una primera fase, no se llegó a concretar, en una siguiente fase, las encuestas de satisfacción que no se llegaron a finalizar. Ahora a nivel autonómico pues está el tema de la ACSA, que se que se está impulsando, nosotros también estuvimos en el inicio, y que cada vez hay más gente que se está apuntando, pero no me consta que ahora mismo haya ningún

cuestionario de satisfacción que creo que es muy útil, no solo para medir y comparar sino también para los centros que no lo tienen o que le cuestan más, pues esa herramienta.

Después, esto es como todo, tu pasas el cuestionario, lo que se supone es que si pasas un cuestionario, es para revisar lo que ha sucedido y tomar acciones, podrías cumplir los requisitos de decir que pasamos un cuestionario y tenemos el dato de satisfacción pero nos faltaría, ósea nos faltaría, quedaría un poco de nuevo la pelota en el centro, en el tejado del centro, el tema de qué hacer con esos datos, entonces el centro, se escuchara más o menos a los mayores en cuanto a que realmente utilicemos esa información, después, nosotros tenemos, hacemos sugerencias, sugerencias o quejas o propuestas de mejora, de los trabajadores a los usuarios, y después, diferentes reuniones que se hacen con los mayores o sugerencias o en las relaciones familiares que son un pilar muy importante sobre todo cuando hay un deterioro cognitivo grave, porque son la voz, entonces ese es otro sistema que nosotros utilizamos, pero en sí, yo creo que mi principal crítica a todo esto sería que claro se supone que tu esto lo haces porque quieres, y como lo haces porque quieres, pues es porque te lo crees, y si te lo crees, lo lógico, es que si haces estas cosas , es que promuevas, que haya propuestas, sugerencias, y si no las hay que preguntes el por qué no las hay y tratar de resolverlo, pero al final, en nuestro caso creo que muchas veces el sello, una acción más comercial en la que tu propones o en el caso en el que nos lo exige la administración, pues también lo haría, pero esto es una cuestión de creértelo, por eso el liderazgo es tan importante, que quien esté detrás sea el máximo exponente y que defienda esto par que lo transmita a los demás porque si el de arriba no se lo cree, porque lo demás lo van a hacer, entonces, es como creo que aunque la ISO recoja muchas cosas, sigue siendo un tema que depende mucho de la actitud con la que un centro lo quiere enfocar, si realmente quiere utilizar esta herramienta para mejorar como organización, lo primero es llamarle la atención a nuestros usuarios, nuestros mayores, nuestros residentes, como queramos llamarlo, a mejorar como están nuestros trabajadores, ver, asegurar, que lo que vemos hacemos algo con ello y no “oye nos reunimos un día y vemos que vamos a hacer tal cosa y cuando se nos va un poco el calentón del momento, por lo que ha sucedido o nos ha motivado, se pasa” al final el sistema lo que te ayuda es a que aunque tú no tengas ganas, se han preestablecido una serie de actuaciones que hay que hacer, hay que

revisar, hay que controlar, y que hay que actuar con ello, con lo cual, para los directores que muchas veces estamos en lo urgente y no en lo importante, es una herramienta muy potente, como algo que nos obliga, como algo que tiene teoría, tiene revisión... El cómo lo vas a hacer, creo que es la clave para que haya un éxito, una implantación y de lo que los sistemas cuando se crearon, se crearon para eso, entonces...

Entrevistadora: Todo ese mecanismo del que me hablas, esta todo ese cambio ideológico que tiene que tener una entidad para llevarlo a cabo, se consigue a través de la formación imagino, sino que supone la EFQM en lo que tú me estás hablando, es un sistema que tienes que creerte, tú como director y hasta la última persona que trabaje en el centro ¿qué proceso de formación contempláis vosotros? ¿Cómo trabajáis en la formación del personal?

Entrevistado: Yo quizá diferenciaría entre lo que es formación más técnica que tiene que tener el personal de dirección y el personal por parte de los equipos de calidad, en lo que nosotros particularmente, los formamos mucho tiempo, varias personas, no solo hay una persona que lleva calidad, diferentes personas representando a los diferentes segmentos de organización, eso por un lado, y después el tema de la sensibilización, es , yo creo importante cuidar como comunicamos, de hecho nosotros, tuvimos que hacer nuestra propia autocritica y de hecho la estamos haciendo, y estamos resolviéndolo, tenemos muchas cosas que mejorar, cosas que en algunos temas está muy bien y otras que nos hemos dispersado y nos hemos ido para otro lado.

Pero es la sensibilización, la sensibilización es que la gente nos conozca a mí me importa muy poco, una auxiliar de enfermería... es que no me importa para nada, que entienda lo que es la esencia que hay detrás de esto, y el por qué hacemos las cosas, que cuando uno hace el registro ese registro es válido para su trabajo, y no porque me lo pida calidad, que entonces, lo primero que se hizo es que determinadas acciones, cuando comenzamos el sistema de sensibilización, recuerdo que por ejemplo vimos algunos videos, vimos videos sobre Disney, los parques Disney, que funcionan también con sistemas de excelencia, los técnicos vieron alguna película, para ver temas por ejemplo de liderazgo, pero películas te hablo de “Gladiator” no te hablo de películas que inciden el cómo mejorar como puede ser la gestión de las personas.

Algunos libros, libros que hablan de eso hay un tiempo que se lo regalábamos a todo el personal que habla de mejora, pequeños cuentos muy fáciles de leer para cualquier nivel que al final lo que queremos transmitir es la sensación de que queremos mejorar, ósea queremos mejorar porque somos conscientes de que siempre hay posibilidades de mejora, tenemos el problema de que la población cree que no puede mejorar, pero si eres consciente de que hay cosas en las que no eres perfecto pues esto es lo que nos ayuda y entender que necesitamos registros, necesitamos indicadores, y esto hay que transmitirlo porque si no es como una carga más, ese apunte nos permite primero defender nuestro trabajo, cuando recibimos una crítica externa, están diciendo cosas que no son, como la seguridad para el trabajador, y después, esa información si realmente, nos creemos esto, pues vamos a hacer algo con ella, y esa información cualitativa de los registros, de los datos numéricos, pero también de las sugerencias. Pero después no hacemos nada, pues no aportamos, pero cuando ven, que propuestas, como hubo un cambio en el departamento de enfermería, hay que dar ese feedback, ese que las personas vean y no se quede solo en teoría, en ese discurso muy bonito, de que realmente queremos mejorar, y para mejorar contamos con todos, con los mayores que tu antes me comentabas, y con los trabajadores y la mejor forma es que cuando hacen propuestas, o de por qué no, se hace un feedback al fin y al cabo, que se aplique, entonces ellos entienden que están dentro de un sistema de bienestar en el que ellos son una parte más, que no se hace solo a través de unos cuantos, que hay técnicos que son muy listos.

Entrevistadora: Entonces estamos hablando de un nivel...

Entrevistado: Es más cultura creo yo, hace falta la formación, que nosotros la tenemos, en determinadas personas y determinados puestos, pero después hay un todo, hay unas reuniones en la que se cogen sugerencias, hay una escucha de verdad y no por compromiso, como lo de “política de puertas abiertas”, si pude estar esa política pero nadie entra porque da miedo.

Sino que realmente hay una actitud que favorece eso, por lo que para mí la calidad es na mejora continua que todos entendamos que somos importantes, y que podemos aportar cada uno desde su lugar, ver cosas diferentes y cuando hay una mejora, mejora toda la organización y mejora también, el cuerpo de trabajo de las personas, y mejora la

atención a los mayores, familiares, fomentar la crítica constructiva y para eso hay que tener confianza... son muchos ingredientes, pero al final es q la gente perciba que en nuestra organización hay esta cultura, y hay diferentes acciones.

Entrevistadora: Y vosotros, con todo el recorrido que lleváis en la implantación de este tipo de sistema, y ese cambio de cultura es importante, ¿tú consideras que realmente todo este esfuerzo ha producido una mejora en lo que es la calidad de la atención que prestáis? ¿Ha producido una mejora efectiva de la calidad?

Entrevistado: Yo creo que sí lo hay, de hecho cuando le damos menos importancia a esto se nota más, de hecho nuestra estrategia ahora es mirar hacia dentro, somos una pequeña empresa, cuando utilizas una serie de cosas dejas de atender otras, porque en nuestro sistema, va en nuestra cultura, y ya rueda solo, pero es necesario ese especial, atención, y de hecho estamos tan seguro de ello que ahora nuestra estrategia es mirar hacia dentro para seguir estando más pendiente de esto, porque ha dado muchos resultados, en la satisfacción de nuestros trabajadores, tenemos un 8 de 10 con preguntas muy comprometidas, osea que es un cuestionario bastante exhaustivo y si el trabajador esta mas descontento se puede saber si se debe a la calidad de la atención, hemos vivido además una situación económica dura y todavía con el coletazo de la crisis, y todavía notamos como hay dificultades, esto se analiza, en los planes, estrategias, hay que ser conscientes del contexto.

Entrevistadora: ¿Habéis evaluado el sistema o es un proceso de evaluación continua? Qué tipo de evaluación “extra” digamos de la que contempla el propio sistema, es continuo.

Entrevistado: Dentro de los sistemas, está, por ejemplo, el de la ISO, hay Demos en la que realizamos un poco todo lo que hay con eso, entender lo que hay, vemos en lo que tenemos que mejorar, desde cambiar los planes de formación, mirar más hacia fuera con las alianzas en un punto clave del modelo EFQM, también en eso se hace referencia.

Estando en la ACSA, pues compartiendo cuanto al tema de los estándares o gracias a los estándares de la ACSA, entonces nos ayuda, y, sobre todo, un poco esa cultura de que podemos mejorar.

En un año y algo hicimos una gran revolución con la Vicente Ferrer, la residencia pese que un año antes habíamos tenido el mejor premio de Andalucía, entonces podíamos quedarnos ahí, decir ya está, somos los mejores, eso nos ha permitido mejorar nuestra atención, los usuarios están mucho más contentos y eso lo transmiten, lo dicen, los cambios de organización de espacio, unidades de convivencia, y más allá de la excusa de “no es que trabajamos poco, tenemos pocos recursos...”, bueno, utilicemos la inteligencia, para ver como con estos recursos podemos conseguir mejorar, estar viendo también como se hacen otros centros, con lo cual, sin lugar a duda, hay una relación directa entre un sistema de calidad, y atención que aparece, para mejorar la atención, por ejemplo, en nuestro caso, y como medimos los sistemas, bueno, aquí es una medida más subjetiva de nuestra percepción o también de si vamos a una jornada o vamos a un curso, ves lo que se dice, nosotros de nuestra experiencia, hemos desechado algunos de los sistemas que hemos iniciado, al final vemos que cada sistema habla de algo diferente, o pone el inciso en algo diferente cuanto eso, al objetivo central, a lo que más atención presta, pero después, la esencia es todo, es una mejora continua, con lo cual, nosotros lo vemos como herramientas, instrumentos, que podemos utilizar, por ejemplo ACSA nos viene muy bien para temas de atención, porque hablan de cosas muy específicas, después la ISO, de gestión más general, pues la tenemos, después la EFQM nos ayuda, temas de empresa que nos sacaba un poco de nuestra atención diaria, porque la residencia está en una comunidad, pues eso al final repercuten y ves como al final pues lo importante más que los propios sistemas es pues eso, la esencia a lo que te ayuda, a todo esto, y eso es lo que intentamos aplicar, nosotros valoramos el sistema, vemos que hay otra pero, decidimos continuar con ellos porque vemos que estamos satisfechos con ellos.

Pero bueno, los sistemas tienen su propia evaluación que son las auditorias, cuando viene la certificadora que tu tengas, viene a evaluar cómo estas implantando el sistema y también te hace o la consultoría, la ACSA igual, pues bueno, si fallamos mucho en los criterios que nos marcan pues algo no estaremos entendiendo bien d este sistema y la EFQM pues bueno, también presentamos memorias y en los últimos años, pues también, entonces, la evaluación subjetiva que se hace desde la edición de la empresa, sobre cómo nos están aportando o no, hay una parte que se nos queda un poco coja que es la parte social, que pusimos pues eso, modelos de la economía del bien común, y

bueno, pero de nuevo, hay acciones, que la mejora la estamos haciendo por criterio de EFQM de personas, y puntúa positivamente, y nuestra idea, o lo que estamos es, entendiendo, que todo, es decir, no sólo que yo como máximo responsable de esta área, lo entienda, sino que todos entendamos que al final todo es lo mismo y que todos nos ayuda a nuestro gran objetivo que es seguir mejorando día a día.

Entrevistadora: Me dices que también es un coste, en cuanto a la inversión que hacéis en la formación, impregnar toda esta cultura al personal, en cuanto, al coste económico ¿también tiene?

Entrevistado: Si lo tiene.

Entrevistadora: ¿Y cómo lo percibís, como un gasto o como una inversión?

Entrevistado: Como una inversión, si no, no lo haríamos. Nadie nos exige el tema de la calidad, decimos que nos ayuda obteniendo mejores resultados empresariales, resultados en la atención, y resultados económicos, porque nuestro centro está en Castiblanco y suele tener en los momentos más buenos lista de espera, y en los momentos más malos una de los porcentajes de mayor desocupación de la provincia, con lo cual no es casual, si no estuviera el sistema implantado no tendríamos la satisfacción de nuestros mayores que es lo más importante, creo yo que es el boca a boca, yo creo que puedes engañar al evaluador o al que te da el premio pero no al familiar que le dice a otro que está contento con el centro o a los muchos mayores que hay en el pueblo, de hecho, nuestro servicio es ininterrumpido, de noche se pueden quedar cuando hay una circunstancia especial o lo necesiten, aparte algunos están de 9:00 a 21:00 ininterrumpido lo cual ni hay momento en el que tengan que poner más personal, se ha implantado un sistema de informarte, concertar una cita y tal, entonces, el sistema certificado está muy bien, y si necesitas una consultora, pues la consultora, pero eso no impide trabajar con calidad, quiero decir, que no está especificado, yo creo que es un trabajo en el que hicimos con gente del País Vasco, para formar en calidad, después, otro gran proyecto a nivel regional que se paralizó, en el que estaban las consejerías, y bueno han entrado la ACSA, y bueno, se están haciendo cosas, bueno, yo creo que hay que ver como ahora eso se generaliza o de poner en común y que no se quede solo el auditor de acta que va, te evalúa, y tal, sino que existiesen interesantes jornadas en las que pudiésemos compartir, como estamos cada uno, y que podemos aprender el uno del otro, y participar

más en la mejora del propio sistema, pero bueno, estamos en el inicio de este sistema y creo que no es que no lo tengan contemplado sino que supongo que irá por fases y ya tocara, quien quiera contar, que cuente con nosotros claro.

Entrevistadora: Seguro. Bueno finalmente, se ha quedado un poco una cosa que me interesaría saber, tú has comentado que claro, tener un sistema implantado supone siempre, a nivel empresarial, una cuestión de marketing también, ¿tú crees que teniendo un sistema implantado se tiene más éxito empresarial sólo por tener el sistema? Es decir, de cara a tu presentación como empresa, ¿qué te aporta el sello?

Entrevistado: La verdad es que no lo tengo muy claro, creo que aporta mucho más que a nivel comercial, no lo tengo claro porque hay que pensar a nivel empresarial en nuestros clientes, tenemos clientes de la administración pública que ahora mismo en la que yo tengo entendido no hay discriminación positiva o negativa a quien tenga certificado o no y a nivel particular hombre, nuestra sociedad no ha llegado a ese nivel para exigir o creo que hay cada vez más gente que esta emitida en el mundo pero hay personas que no tienen ni idea, hay mayores que le hablo de calidad y no tienen ni idea de lo que le estoy hablando, con lo cual no lo veo una ventaja muy competitiva en ese sentido, si hay un porcentaje de los señores que entre, que creo que es pequeño, o de la población, que creo que le puede dar valor, porque cada vez está más extendido o quizá en mi puesto de trabajo en mi empresa que me dedico a eso y también tengo certificado, pero también que con un sistema de calidad pueda valorarlo porque sea consciente de que, creo que la sociedad es consciente de los certificados de calidad y lo que significa, lo que hay detrás, el esfuerzo, por asegurar un resultado.

Entrevistadora: Sois conscientes de que muchas empresas, no en vuestro caso, utilizan como estrategia de marketing en un momento determinado... ¿tú estás de acuerdo, que existen determinadas empresas que lo utilizan? ¿Crees que es cierto que lo usan como estrategia de marketing el tener implantado un modelo?

Entrevistado: Yo, no lo sé, creo, que más que implantar un modelo, me parece una buena estrategia de marketing, decir que tu cada día quieres trabajar mejor y si lo explicas con que esto te ayuda a reconocer de que todos queremos mejorar y que por muy grande que seas y potente que seas tenemos errores y la cuestión es empezarlo o

con posibilidades de mejora, desde este punto de vista lo vería bien, ahora, es que nosotros en nuestra publicada lo tenemos como es lógico, pero no creo que sea el elemento más clave, hay grandes entidades que tienen los precios en otro nivel que creo que lo que fundamentalmente utilizan son las infraestructuras físicas, o sea, la cubertería pesa una determinada forma, y ahí, el tema de calidad ya te digo, creo que por desgracia no se le da mucho valor, creo que habría que hacer una campaña para que entendiera que es lo que hay detrás, no de que es sólo un sello, sino hay un esfuerzo, y después intentar mejorar el sello realmente, implicar lo que implica, y no un trámite.

Entrevistadora: Exacto, para vosotros el peso que tiene, en lo que pueda ser traducido tener o no el sello, a la hora de escoger en un momento determinado implantar este sistema ¿cuál?

Entrevistado: Indirectamente. Si yo tengo este sistema los mayores están más contentos, si los mayores están más contentos no se van a querer ir a otro centro, van a hablar mejor de nosotros, más posibilidades de que se reconozca nuestro trabajo de forma objetiva porque obtenemos una determinada puntuación o podemos asegurar no sólo porque diga que somos un centro de trabajo, sino porque hay auditores de centro que lo valora, entonces de forma objetiva, ósea, indirecta como decía, es lo principal, que alguien quiera utilizarlo como comercial, bueno, en nuestro caso no es lo principal, en Sevilla es muy grande pero como se dice es un pueblo chico, todo se habla, y siempre alguien conoce a alguien que...hay centros con instalaciones muy buenas y certificados de calidad y si no lo usan bien hablaran mal de ellos siempre, ninguno se libra de que la gente no esté contenta con nosotros como es lógico pero, hay una mayoría que bueno pues eso, se demuestra, es puro marketing.

ENTREVISTA 3: JUDIT TORERS. RESPONSABLE DE CALIDAD FUNDACIÓ PERE MATA

¿Cuál es el nombre de su entidad?

Pere Mata Social, S.A.

Su entidad es de titularidad pública, privada o concertada?

Pública

¿De qué tipo son las plazas que ofertan?

Plazas públicas

¿Es usted la persona responsable de la Calidad en su centro?

Sí, lo soy.

Actualmente tienen ustedes implantado un Sistema de Gestión de la Calidad, ¿podría definir las características fundamentales de dicho sistema?

Desde el año 2009 el centro tiene implantado y certificado un sistema de gestión de la calidad según la norma ISO 9001:2008 (actualmente, en proceso de adaptación a la norma ISO 9001:2015) y la Norma UNE 158101 (Gestión de los centros residenciales y centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado).

Un Sistema de Gestión de Calidad implica el compromiso por parte de la dirección, que proporciona y evidencia su compromiso para el desarrollo e implantación del Sistema de Gestión. A través de políticas de calidad se garantiza una correcta ejecución de cada una de las actividades que se desarrollan en el centro de acuerdo con la misión y principios de la organización, con el objetivo de conseguir la satisfacción de usuarios, familiares, profesionales y referentes de la Administración local y autonómica, y paralelamente una mejor gestión de los recursos disponibles.

Para ello hay que asegurar que se establecen objetivos de calidad, llevar a cabo revisiones del sistema y garantizar la mejora continua del servicio mediante la

planificación, realización, comprobación y actuación, así como asegurando la disponibilidad de recursos.

Nuestro Sistema de Gestión de Calidad es un Sistema de Gestión por Procesos para conseguir la consecución más eficiente de los resultados deseados y potenciar la mejora continua. Se definen a partir de un mapa de procesos: están los procesos estratégicos, que son los que dependen directamente de gerencia, los procesos operativos, donde los profesionales de atención directa interactúan directamente con la persona usuaria o su familia (procesos de acogida, estancia y despedida) y los procesos de apoyo que incluye los procesos donde no se interactúa directamente con la persona usuaria. Incluye las intervenciones de los profesionales de atención indirecta (cocina, limpieza, lavandería, mantenimiento, gestión de RR.HH....)

En referencia a dicho sistema, señale las principales ventajas con las que cuenta su sistema con respecto a otros.

Pues si te parece te las enumero: Implicación de gerencia de la Entidad y dirección del centro, la participación de todos los profesionales para el diseño e implantación de los procesos, protocolos y registros, la consolidación del sistema como metodología de trabajo y también la consolidación de la implantación de herramientas para la detección de desviaciones respecto al procedimiento (indicadores, verificaciones del correcto funcionamiento de procesos críticos, auditorías internas y externas, sistema de gestión de quejas y reclamaciones, sistema de gestión de incidencias y no conformidades, revisión por parte de la dirección del sistema de gestión...) Por otra parte, la realización de encuestas de satisfacción anuales a todos los usuarios (los que cognitivamente pueden realizar la entrevista), todos los familiares y trabajadores. Y finalmente, la comisión de mejora que se reúne bimensualmente para hacer revisión y actualización de los procesos.

En el proceso que han llevado a cabo de implantación de dicho sistema, ¿qué papel han jugado los residentes y/o sus familias en el proceso?

Es básico conocer los requisitos y las expectativas que las personas usuarias y sus familias tienen en relación a la atención que van a recibir de la Residencia o Centro de Día, más allá de los requisitos legales y reglamentarios que se aplican al servicio.

Durante la implantación se tuvieron en cuenta y se realizaron encuestas de satisfacción y se analizaron posibles quejas y sugerencias para resolver las diferencias entre las expectativas y requisitos de la persona usuaria y los procesos definidos.

Durante el diseño de cada uno de los procedimientos, también se definieron que acciones de participación en el propio proceso pueden hacer usuarios y familiares. Por ejemplo: durante la realización de la acogida, se permite la personalización de la habitación y poner las pertenencias del usuario al armario a los residentes y familiares...etc.

Por ejemplo, durante la revisión del Sistema de Gestión de hace unos años, detectamos la importancia de incluir la persona usuaria y su familia en el proceso de elaboración del Plan de Atención, los PAI, y definir objetivos que tengan en cuenta las expectativas de la persona usuaria, más allá de la actuación definida por los propios profesionales. Por eso, dentro de los objetivos de calidad de los años siguientes se definió el de la realización de un Plan de Atención Centrado en la Persona, como herramienta para mejorar el cumplimiento de expectativas y la satisfacción de la persona usuaria y su familia y a la vez mejorar el propio Sistema de Gestión, porque la información que se nos puede transmitir dentro de esas reuniones es de gran interés y valor.

También fue muy importante la definición de los canales de comunicación interna y externa con los usuarios, familiares y los trabajadores.

Se tuvieron en cuenta las aportaciones y la participación de los usuarios y familiares a diferentes comisiones de participación del centro (comisión de participación de centro, comisiones de valoración y diseño de actividades, grupos de ayuda, comisión de comedor y diseño de menús,...)

En cuanto al proceso de evaluación de dicho sistema, ¿qué papel prevé dicho modelo para los residentes y/o familias?

Se ha definido los procesos para tener en cuenta la opinión de los usuarios y familiares de forma anual y conocer su grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas.

También ha definido el sistema para promover la presentación de quejas, reclamaciones, sugerencias y agradecimientos y su correcta gestión.

También hay que tener en cuenta y analizar las quejas, sugerencias o los comentarios que pueden realizar usuarios, familiares y trabajadores, a pesar de que no presenten una queja formal, porque nos puede ser de utilidad para la mejora continua.

Además, se promueve la participación del usuario y su familia en la revisión de su Plan de Atención y consecución de objetivos, y comisiones de participación del centro, de las que te he hablado.

Considera suficiente este grado de participación. ¿Por qué?

Hombre, siempre es mejorable. A pesar de las herramientas que tenemos, no todos los usuarios y familiares participan en los mecanismos de participación del centro. Seguramente hay que promover más la participación de los familiares, que esa sí que nos falta más.

Volviendo al propio modelo, ¿podría definir qué aspectos de la intervención mide su modelo?

Pues mira, mide desde la acogida, la valoración y plan de atención. También la atención psicológica y psicoestimulativa, la física y funcional, la atención sanitaria y la social. La atención asistencial propiamente y de las actividades de la vida diaria. Y luego ya el servicio de comedor, los servicios complementarios, cocina, limpieza y lavandería, mantenimiento... Además la gestión de recursos humanos. Se mete también en las compras y proveedores...

En cuanto a la puesta en marcha y aplicación del modelo, ¿podría definirme el papel jugado por las distintas áreas o departamentos?

Inicialmente se creó una comisión de trabajo con un equipo de profesionales interdisciplinarios de distintos centros para el diseño inicial del mapa de procesos y procesos, además de un profesional externo asesor.

Mientras se diseñaban los procedimientos, protocolos y registros se crearon comisiones de trabajo con las distintas áreas. Una vez diseñados se realizó una sesión formativa para todos los profesionales implicados. Después se implantó la documentación y se hizo seguimiento de su implantación o la detección de posibles mejoras.

En lo referente al personal de las organizaciones. En su caso, ¿ha ido acompañado el proceso de implantación del sistema de gestión de la calidad de un programa de formación específica a todo el personal del centro?

Sí, por supuesto. Se dio durante la implantación de cada uno de los procedimientos y documentación, y a pesar de que algunos de los profesionales habían participado en las comisiones de trabajo. Se hicieron sesiones formativas antes de la implantación.

Bueno, y además de forma periódica, se realizan sesiones formativas ante actualizaciones o reciclaje de los propios procesos.

¿Considera necesaria su aplicación?

Es que nosotros no entendemos la forma de trabajar sin seguir la metodología definida en el propio Sistema de Gestión. Es que consideramos totalmente necesaria su aplicación.

En lo referente a los resultados de la implantación de dicho sistema, ¿considera usted que dicha implantación se ha traducido en una mejora efectiva de la calidad en su centro?

Sin duda. Trabajar con el Sistema de Gestión de Calidad, nos permite acercarnos cada vez más a las expectativas y la satisfacción total de la persona usuaria.

Además es que nos permite monitorizar cada uno de los procedimientos y detectar rápidamente los valores que se desvían de lo especificado y mejorar año tras año los resultados (me refiero al número de derivaciones hospitalarias, número de caídas, número de sujeciones, número de úlceras, participación de los usuarios en los programas psicoestimulativos, funcionales, relacionales o de ocio, incidencias con los distintos servicios, número de prendas de ropa perdidas,...)

Además es que el propio sistema también nos obliga a revisar anualmente, nuestra política de calidad y compromiso, la consecución de los objetivos de calidad definidos, la satisfacción de los residentes, familiares y trabajadores, la consecución de los indicadores de procesos, las opciones de mejora detectadas en las auditorías y en las inspecciones y el seguimiento de todas las acciones correctoras y acciones de mejora definidas.

En cuanto a la evaluación de dicho sistema, ¿Se ha llevado a cabo una evaluación del sistema?

Sí, realizamos esta evaluación anualmente.

¿Podría describir brevemente en qué consiste esta evaluación?

Pues en esta reunión hacemos un análisis global de los aspectos que puedan influir en el Sistema de Gestión y el desarrollo de nuestra organización, más allá del análisis del día a día que se realiza en el Control de Gestión. De esta reunión se genera una Acta y se analizan las Acta de la revisión por la dirección previa, la revisión del Plan de objetivos anual y grado de consecución además del diseño del nuevo Plan de objetivos. Autoevaluamos el servicio, hacemos un seguimiento de los planes de acción y las propuestas que tengamos para acciones nuevas. Vemos el resultado de las auditorias y las inspecciones, Vemos en lo que respecta al cliente el informe de Satisfacción de Usuarios y el análisis de las quejas y reclamaciones un poco para que haya una retroalimentación.

¿Dicha evaluación se ha traducido en la elaboración de un plan o planes de mejora de la calidad?

Sí, a partir de esta evaluación se marcan los objetivos de calidad para el próximo año (o próximos años si el objetivo se lleva a cabo durante 2 ó 3 años), las acciones para el cumplimiento de los objetivos y la medición del grado de consecución de este objetivo.

Las exigencias que trae consigo la implantación de los sistemas de gestión de la calidad, ¿han supuesto un sobre coste para su entidad? En caso de que así lo fuera, ¿estaban estos costes previstos con anterioridad?

Los costes estaban previstos al principio de la implantación Si se han hecho acciones que hayan requerido de nuevos costes pues se han presupuestado y validado por la gerencia.

Aún así, unos de los objetivos que tiene el sistema de gestión de calidad, es hacer un óptimo uso de los recursos del centro, con lo cual, el sistema de gestión no ha permitido la disminución de los costes en algunos conceptos, algunos como papel (con la

informatización de todo el sistema que hemos hecho), o también costes de mantenimiento.

De haber habido gastos imprevistos, ¿suponen estos un coste o una inversión desde su punto de vista?

Suponen una inversión porque tienen que revertir en la gestión más eficaz de los recursos.

En relación con el marketing y publicidad de su centro, ¿considera que la implantación de sistemas de gestión de la calidad mejora la visión de su entidad de cara a la elección de centro por parte de potenciales residentes?

Inicialmente sí. Puede que en relación al marketing y publicidad del centro mejora la visión de la entidad y del centro, sí. Pero posteriormente, sólo tiene sentido si la mejora la perciben las personas usuarias, familiares y la propia administración...

Y desde su punto de vista, ¿qué peso tiene este hecho en la decisión de la implantación de dicho sistema?

Tiene peso, en el sentido que la administración pública catalana promueve y valora la implantación de sistemas de gestión en servicios públicos, es verdad que inicialmente este fue un motivo de peso para la implantación del sistema en todos los centros de personas mayores que gestiona la entidad, pero, actualmente en nuestro caso, es mayor el peso que tiene la sistematización del trabajo, la evaluación de los procesos y la mejora continua que permite el Sistema de Gestión de Calidad.

Como ya sabrá, sólo un porcentaje de los centros residenciales en España cuentan con un sistema de gestión de la calidad, ¿considera usted que la legislación contemple la obligatoriedad de dichos sistemas para gestionar y evaluar la calidad en centros residenciales para mayores?

Sólo si luego la propia Administración comprueba la implantación del sistema, el que se cumplan los requisitos, la satisfacción de usuarios y familiares y para los centros públicos, adjudica los recursos necesarios para una gestión de calidad y óptima, sino no tiene sentido.

¿Considera a su vez que debería haber un único modelo o estándar compartido o bien modelos propios elaborados por cada centro?

El modelo tiene que partir de un único modelo o estándar compartido pero que permita un diseño de un sistema de gestión adaptado a cada centro. Pero es importante que parta de un modelo o estándar compartido, que permita incluso la comparación entre distintos centros para poder detectar los mejores resultados y mejoras prácticas que nos permitan a todos mejorar conjuntamente.

Finalmente, ¿podría explicar brevemente cómo se encuentra el proceso de implantación de estos sistemas de gestión de la calidad en su Comunidad Autónoma? (¿Se está dando de manera mayoritaria o residual entre las entidades?).

La mayoría de entidades que gestionan servicios públicos tienen un Sistema de Gestión de Calidad certificado.

Nuestros centros privados con plazas colaboradoras, hicieron un esfuerzo años atrás para la implantación de Sistemas de Gestión de Calidad. Ahora mismo algunos los mantienen y con certificación, y otros tienen el Sistema de Gestión pero no lo tienen certificado, o dejaron de realizar las auditorías de certificación.

Tampoco dispongo de datos de centros privados sin plazas colaboradoras, concertadas.

ENTREVISTA 4: LYDIA ARIZA. RESPONSABLE DE CALIDAD GRUPO SANYRES

Sanyres es un grupo residencial de 18 residencias a nivel nacional que ha sido adquirido hace algunos meses por el Grupo Orpea Ibérica que tiene a su vez 25 residencias, con lo que el grupo hoy por hoy cuenta con 43 residencias.

Sanyres, concretamente tiene residencias en Andalucía, Madrid, La Rioja, Castilla y León y Galicia.

¿De qué tipo son las plazas que ofertan?

Tenemos centros con plazas concertadas y centros de plazas todas privadas.

Entrevistadora: Centrándonos en los Sistemas de Gestión de la Calidad que tenéis, explícame un poco qué sistema o normativa tenéis ahora mismo vigente y las características fundamentales de los modelos.

Entrevistada: Cada centro se gestiona con su propio Sistema de Gestión de calidad porque estamos certificados actualmente tanto en la ISO 9001 de gestión de calidad como en la norma UNE 158100 de calidad en Centros Residenciales. Además, también tenemos una certificación de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, que sacaron un sello específico y Sanyres fue el primer grupo residencial que se certificó hace dos años. Esas son las certificaciones con las que contamos, a parte, evidentemente de con la normativa de residencias, las acreditaciones que tenemos en cada Comunidad Autónoma, porque tenemos centros que son 100% privados, hay otros que tienen también algo de plazas concertadas, con lo cual tenemos convenios con las distintas Comunidades (Autónomas).

Entrevistadora: ¿Qué ventajas ves tú a estos sistemas (ISO 9001 y UNE 158100) con respecto a otros, como por ejemplo EFQM o Joint Comission que se están aplicando también en el ámbito residencial?

Entrevistada: Pues nosotros simplemente porque es más conocida, la ISO 9001 es internacional y es una norma que la conocer todo el mundo. Entonces, como es una norma específica de calidad, pues para nosotros fue algo sencillo de implantar porque iba acorde a los criterios que sigue la empresa de la satisfacción del cliente y la gestión

por procesos. Entonces para nosotros fue sencillo tener nuestra forma de trabajo y certificarla con una entidad externa como fue la ISO. Y la norma UNE sobre el ámbito residencial fue porque te ayuda, te ayuda a ir definiendo cuáles son los indicadores, cuales son los protocolos específicos que tienes que tener mínimos para controlar bien los procedimientos de trabajo que tienes en cada centro residencial. Las otras normas que hay son interesantes pero ya están a otro nivel y hasta ahora no lo hemos visto necesario.

Entrevistadora: ¿Qué miden las normativas UNE e ISO de las que me hablas? ¿Qué aspectos de la intervención mide?

Entrevistada: (UNE 158100) La gestión lo primero, como si fuese calidad y luego la atención sociosanitaria, está muy enfocada a lo que es la atención médica, psicosocial, trabajo social... Desde que entra el residente hasta que sale, el preingreso y el ingreso, la atención, la elaboración de los Planes de Atención Individualizada, la atención directa tipo: aseo, baño, alimentación, higiene... Todo, hasta que causa baja por un motivo o por otro. Todo eso está totalmente procedimentado, con una serie de registros, con indicadores específicos, lo cuál te dice perfectamente lo que tienes que hacer para cumplir con una adecuada gestión. Luego, la ISO 9001 es muy genérica, se puede aplicar a cualquier tipo de empresa y la norma UNE (158100) lo que ha hecho es coger la norma ISO de calidad y adaptarla a Centros Residenciales.

En referencia a la normativa UNE, ¿qué papel destina esta normativa a los mayores o en el caso de personas con déficit cognitivo a sus familias en el proceso de implantación? ¿Ves algún espacio para ellos?

Entrevistada: Participan, los residentes y los familiares participan muy activamente en el centro. Y desde luego, por ejemplo, en la elaboración de los Planes de Atención Individualizada deben participar. Se reúne el equipo interdisciplinar de cada centro, desde la dirección, psicólogo, trabajador social, fisios (fisioterapeutas), terapeutas (terapeutas ocupacionales), todo este equipo tiene que hacer un Plan de Atención Individualizada para cada residente, que se tienen que revisar cada seis meses. Pues la familia tiene que participar activamente en la elaboración porque se marcan unos objetivos con cada residente, de manera individual, para conseguir la mejor atención, la mejor calidad de vida de cada uno de los residentes que tenemos viviendo con nosotros.

Entonces, ellos tienen todo el derecho si quieren participar, si quieren asistir a terapia, si no quieren, qué quieren comer, que no quieren salir, que sí quieren... Todo lo que va en el día a día de su vida diaria va determinado por los Planes de Atención que tenemos con ellos. Eso y todo, ellos tienen poder de decisión absoluta.

Entrevistadora: Y en el proceso de evaluación del propio sistema, ¿intervienen los mayores y las familias?

Entrevistada: En la elaboración sí. Lo que pasa es que muchas familias no quieren, no quieren. Confían perfectamente en todo lo que dice el centro y no suelen querer participar. Pero sí que se les informa de cualquier decisión que se tome con ellos. Es cierto que aunque ellos no quieran asistir, en el caso de que pase eso lo que sí se hace es que se les envía un informe, se les solicita una entrevista para que vengan al centro y se les cuente qué es lo que se decide hacer con cada uno de ellos, si están de acuerdo o no. Y los familiares lo mismo, se les explica si quieren participar de esa manera, si están de acuerdo, si lo ven bien, si no... De hecho, nosotros tenemos una aplicación en la que, cada vez que había algún cambio, se les notificaba por un mensajito de que se ha hecho esto con su familiar, y si tienen alguna duda pues póngase en contacto con nosotros.

Entrevistadora: Desde tu punto de vista, ¿te parece suficiente en papel que les deja esta normativa a los mayores y a sus familias?

Entrevistada: Para mí sí, porque pueden hacer de todo, pueden participar relativamente en todo lo que hacemos en el centro. De hecho hay indicadores para medir su participación: si visitan en el centro, si participan en las actividades que se organizan, si vienen con nosotros a las actividades que hacemos fuera del centro, tipo excursiones, visitas, viajes y demás. Ellos pueden participar en todo lo que pasa es que luego, claro, las decisiones tienen que ser consensuadas entre nosotros, el equipo y los familiares y el propio usuario. Por ejemplo, un usuario, si está perfectamente, si no tiene ningún deterioro o si no tiene ninguna orden judicial o ninguna incapacitación al familiar no decide, es decir, el propio residente toma las decisiones, es su vida y ellos simplemente, van a vivir con nosotros y si quieren comer, comen y si no, no comen, si quieren participar en terapia participan y si no quieren quedarse en su cuarto todo el día pueden. Tienen total libertad. Hay que darles total autonomía, competencias para desarrollarse, y pueden actuar con libertad.

Entrevistadora: Y volviendo un poco propio al modelo, en el proceso de puesta en marcha, ¿qué papel han llevado a cabo los distintos departamentos o áreas de la Residencia?

Entrevistada: Uy, todo, son lo principal, sin el equipo de la Residencia poca calidad podemos tener.

Entrevistadora: ¿Quizás algún área interviene más que otra, o no?

Entrevistada: No, vamos a ver, cada uno tiene su papel. Desde que entra el residente es atendido por la dirección del centro, trabajo social, pero se le va a presentar a todo el equipo, va a pasar por todos ellos para poder hacer una valoración inicial, médico y enfermería sobre todo al principio por el tema de si tiene alguna enfermedad, si necesita alguna medicación, pero tanto trabajo social como psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, animadores... Todo el equipo va a tener contacto con el residente desde el primer día, de 24 a 48 horas, y los 7 primeros días o dos semanas va a tener una valoración realizada por cada uno de ellos. Todos son igual de importantes, es que es una valoración conjunta.

Entrevistadora: Y en la implantación de los Sistemas de calidad, ¿ha habido alguna formación específica para el personal, para implantar el sistema?

Entrevistada: Sí, nosotros tenemos formación tanto interna como externa. Entonces, por ejemplo, cuando se fue a implantar la norma UNE se le dio formación externa a todo el equipo sobre la norma: en qué consistía, cuáles eran los estándares de calidad que queríamos obtener, la medición de resultados, los indicadores que vamos a tener que ir completando, lo que se iba a hacer... Y luego, tenemos las sugerencias o comentarios de cada uno que pueden, perfectamente, hacer mejoras. Nosotros tenemos un programa informático de gestión propio, creado por nuestros informáticos y el 100% está creado por el equipo, es decir, nosotros desde aquí de la central tenemos ideas, se va programando pero luego cuando se ponen en marcha se van tomando todas las sugerencias que va diciendo el equipo. Incluso los auxiliares, cualquier enfermera puede mandarnos un mail o mediante un buzón de sugerencias o las comunicaciones que tenemos establecidas con la dirección de cada centro, se van haciendo las

comunicaciones. Entonces el programa se ha ido modificando y se ha hecho a la medida de cada persona que lo tenía que utilizar. Y nos va muy bien.

Entrevistadora: Te parece que es necesaria la aplicación de una formación para los trabajadores?

Entrevistada: Sí, la formación continua es muy importante. Muy, muy, muy importante. Nosotros en Sanyres siempre dedicamos una parte bastante importante del tiempo del trabajo para el aprendizaje, para, la formación. Todos los años, a principios de año le pedimos a cada director que nos diga qué formación quiere para su centro, e incluso los propios trabajadores proponen cursos. También hay algunos que..., que no quieren, vamos, que dicen que tienen mucho trabajo y creen que no pueden. Pues somos los que ofrecemos cursos que pueden ser interesantes, de reciclaje o de aprender cosas nuevas, o de implantar nuevas técnicas de trabajo que puedan llevarnos a hacerlo mejor.

Entrevistadora: En referencia a los resultados que habéis obtenido con la implantación de estos sistemas, desde tu punto de vista, ¿consideras que esta implantación se ha traducido en una mejora efectiva de la calidad en vuestros centros?

Entrevistada: Sí. Sí, porque tener un Sistema de Gestión de la Calidad nos ayuda, nos ahorra tiempo, nos ahorra costes, nos ahorra tener fallos y eso hace que todo vaya muchísimo mejor. Cada uno sabe lo que tiene que hacer, sabe cómo tiene que hacer, sabe si falla cómo puede corregirlo, se les ayuda y nos hace trabajar muchísimo mejor. Antes cada centro podía hacer las cosas a su manera y no lo teníamos controlado, no sabíamos dónde podían estar los fallos y ahora al tenerlo todo con sistema de gestión por procesos similar en todos los centros, todos trabajan con los mismos protocolos y los mismos procedimientos de trabajo, entonces, todos, desde una auxiliar en Córdoba o en Madrid sabe perfectamente lo que tiene que hacer desde que entra por la mañana hasta que se va en su turno. En todos los equipos lo tienen todo clarísimo y nos ayuda a trabajar muchísimo mejor, con más tranquilidad y muchísima seguridad al tener un Sistema de Gestión de Calidad implantado.

Entrevistadora: Este tipo de Sistemas prevé una evaluación, en vuestro caso ¿cómo ha sido?, ¿en qué ha consistido esta evaluación del sistema

Entrevistada: Nosotros todos los años hacemos una revisión por parte de la dirección en la que se evalúa todo lo que ha pasado en el centro durante cada año. Lo hace el director con la ayuda de la central y se evalúan desde cambios que han podido suceder durante el año, mejoras que se han producido, modificaciones de la licitación, auditoría que hemos tenido, evaluaciones de proveedores, evaluaciones de clientes, encuestas de satisfacción... Todo eso se analiza y se hace un resumen y un informe en el que vemos si es favorable o si no ha sido positivo el año y proponemos mejoras, objetivos de calidad para el siguiente año, porque esto se trata de mejorar. Mejorar por supuesto incidencias que se han dado a lo largo del año, que se han ido solucionando y si no se han podido solucionar se busca la forma de que se pueda hacer en el siguiente período. Es una forma de evaluación continua, nosotros la hacemos anual pero luego tenemos también evaluadores externos. Anualmente hacemos auditorías de calidad con empresas externas certificadas, para poder mantener la certificación. La evaluación es importante, lo que hacemos.

Entrevistadora: Por lo que respecta a las exigencias que trae consigo la implantación de estos Sistemas, ¿ha supuesto un sobre coste para la entidad al decisión de la implantación?

Entrevistada: Sí, bueno, tiene un coste pero un coste que es mínimo para la cantidad de trabajo que luego nos ahorra y la cantidad de fallos que evitamos cometer y demás. O sea que no es un coste que nos haya parecido nunca... Se asume con total... No es algo que nos preocupe, lo único que, bueno, tenemos que tener una persona dedicada más o menos tiempo a la calidad, que soy yo como responsable, y luego en cada centro tiene sus reuniones para hacerlo. Pero no es un coste tampoco excesivo porque en tiempo, recursos humanos no nos supone un coste elevado cuando el beneficio que tenemos es bastante palpable.

Entrevistadora: Estos costes de alguna manera, ¿suponen un coste o una inversión?

Entrevistada: Una inversión total.

Entrevistadora: Vosotros sois empresa privada también, en relación al marketing y publicidad de su centro, que también es uno de los aspectos que rigen a cualquier empresa privada ¿ha mejorado la visión de tu entidad de cara a la elección de un centro para los futuros residentes el tener un Sistema de Gestión de la Calidad implantado?

Entrevistada: Queremos pensar que sí. Lo que pasa que eso es muy difícil de medirlo. Nosotros tenemos nuestra política de calidad, colgada en cada uno de nuestros centros, nuestros certificados están siempre bien visibles para que todo el mundo nos conozca y, evidentemente, explicamos a la gente que nosotros trabajamos con un Sistema de Gestión de Calidad. Pero en realidad, la gente esto lo valora porque lo ve implícito en la atención que van a recibir luego los familiares o ellos mismos cuando ingresan con nosotros. Tiene más ventajas de cara a otro que no lo tenga porque esto es una norma que está reconocida internacionalmente, pero luego ellos al final lo que van a valorar es el centro, la atención que van a recibir... Yo creo que todo eso va implícito en tener un Sistema de Gestión de Calidad: tener unas buenas instalaciones, tener un buen equipo, tener una buena forma de trabajo, poder dar una atención personalizada adecuada a cada necesidad.

Entrevistadora: Y esta ventaja que pueden aportar a las empresas estos Sistemas de Gestión de la Calidad, ¿qué peso ha tenido en la decisión de implantar los Sistemas y los Sellos?

Entrevistada: Para nosotros muchísimo. La decisión para la dirección general de la empresa era algo muy obvio que teníamos que tener porque al final hasta empieza a dar puntos de cara por ejemplo a participar en concursos de adjudicación de plazas, el tener un Sello de Gestión de Calidad ya te puntuán mejor, ¿sabes? Entonces, para nosotros era algo que decíamos: no podemos no tener un Sistema de Gestión de la Calidad certificado. Otra cosa es que nosotros algunos años que hemos estado sin certificación externa hemos estado trabajando con un Sistema de Gestión de la Calidad pero no lo teníamos certificado. Lo que pasa es que en cuanto se ha podido pues nos hemos certificado.

Entrevistadora: Hay un porcentaje bastante alto de centros que cuentan con estos sistemas pero, ¿consideras que la legislación debería contemplar el que esta implantación fuera obligatoria para todos los centros?

Entrevistada: Obligatoria no, no. Porque es algo opcional. Lo importante es trabajar con un Sistema de Gestión de Calidad, otra cosa es que luego lo certifiquen o no, pero sí que es cierto que tienen que pedir unos estándares de calidad a todo el mundo por igual. Otra cosa es que luego tú lo hagas de una forma o de otra, pero sí que es cierto que tú tienes que acreditar que tú trabajas basado en unos principios, en unos procesos de mejora continua en la que te preocupas tanto de tus trabajadores como de tus clientes, tus proveedores y de la sociedad en la que desarrollan la actividad que haces porque de alguna forma tienes que acreditarlo. Que te obliguen a tener una acreditación, no.

Si tú eres capaz de demostrar ante la Administración que tú cumples tanto la legislación como unos principios básicos de calidad, no es ningún problema.

Entrevistadora: ¿Quizás debería haber un único modelo, que encerrara todo este tipo de intervenciones o un estándar compartido, o cada centro elaborarlo según la política de cada empresa?

Entrevistada: Ya lo hay. Hay tantos modelos que aunque haya empresas que no tengan una acreditación formal sí que trabajan... Yo he conocido residencias pequeñas que no tienen un Sistema de Gestión de Calidad pero ya la Administración les va exigiendo. La Administración también tiene sus propios protocolos, sus propios procedimientos y están todos al final cortados por la misma tijera, todo el esquema que siguen tienen la base en los procedimientos de calidad de alguna norma. Eso ya se está realizando, ya se está haciendo. Cada vez van pidiendo más, exigiendo más, porque es algo que cada vez va cobrando más importancia y cada vez se valora más que se trabaje con un Sistema de Gestión de Calidad. Es más razonable, más eficiente tenerlo.

Entrevistadora: Comentabas al principio que vosotros estáis en varias Comunidades Autónomas, ¿cómo véis la implantación de estos Sistemas en las distintas Comunidades Autónomas? ¿Creéis que es mayoritario, o todavía es minoritario?

Entrevistada: Igual. La Comunidad de Madrid tiene unos estándares muy altos de calidad y pide muchísimo y cada Comunidad Autónoma tiene su propia normativa y es difícil. Según la Comunidad exigen unos estándares, unos exigen unos y otros piden otros, pero al final todos piden lo mismo: la máxima atención, la máxima calidad que se pueda ofrecer en un centro de trabajo como es el nuestro donde trabajamos con personas, determinado tipo de residentes y entonces tenemos que tener unos estándares muy altos de calidad y nos exigen muchísimo. Cada Comunidad Autónoma desarrolla su propia normativa para pedir lo mismo al final. Cada uno lo dice de una forma pero todos exigen lo mismo. Es cierto que hay Comunidades que son más exigentes, como puede ser el caso de la Comunidad de Madrid, pero al final todo es lo mismo: estándares altos de calidad, registros, documentación, atención de un tipo o de otro... Todos piden lo mismo. En temas de atención a la Persona Mayor van todos en la misma línea, todos se van como copiando unos de otros y si exige mucho, en la siguiente revisión que haga va a exigir más.

Entrevistadora: ¿Entonces crees que se está dando de manera mayoritaria?

Entrevistada: Sí, aunque sea por exigencia de la Administración, sí.

ENTREVISTA 5: ALFREDO BOHÓRQUEZ. RESPONSABLE DE CALIDAD GRUPO EULEN

¿Cuál es el nombre de su entidad?

EULEN

Su entidad es de titularidad pública, privada o concertada?

Privada

¿De qué tipo son las plazas que ofertan?

Tenemos centros propios totalmente privados, plazas concertadas en nuestros centros y gestionamos centros públicos a través de concesiones.

¿Es usted la persona responsable de la Calidad en su centro?

Sí, lo soy.

Entrevistadora: Actualmente tienen ustedes implantados varios sistemas de gestión de la calidad, ¿podría definir las características fundamentales de dichos sistemas?

Entrevistado: Te resumo un poco. Nosotros tenemos implantados el sistema EFQM, llevamos ya 10 años en ello, estamos ahora con el nivel 500. Por resumirte un poco los Modelos de Calidad, el Modelo EFQM es un Modelo de Excelencia en una organización, es un modelo que abarca la estrategia, los elementos de liderazgo, los esquemas de dirección de personas, los procesos... Pero luego la mitad del peso del EFQM está orientado a los resultados, 500 puntos pesan los resultados. Es clave. Por decirlo de alguna forma, si tú buscas un modelo de calidad y una excelencia que te sirva como un modelo de gestión de toda una organización con todos sus servicios a nivel global, y que te integre en el mismo modelo: gestión económica, gestión estratégica de recursos humanos, de procesos, de todo, te vale perfectamente el Modelo EFQM. Recomiendan siempre que antes de entrar a un Modelo EFQM tú tienes que tener por lo menos un Modelo ISO, como un modelo previo que te dé como un esqueleto marco de una base en los temas de calidad. Entonces nosotros (EULEN) tenemos un informe anual del EFQM que engloba el informe de toda la compañía, de todos los niveles y de todos los resultados de los servicios. Yo creo que es algo muy interesante porque es una

herramienta de seguimiento continuo y de planificación estratégica y estás dirigiendo la compañía no solamente a los resultados sino a las alianzas, en lo que quieres lograr en la sociedad, integran los temas de responsabilidad social corporativa, integra los resultados en personas y te permite ir desplegando e ir mejorando continuamente. Creo que es el modelo más potente, el EFQM y alguno similar que hay en EE.UU y Japón, pero yo creo que es uno de los modelos de excelencia y calidad más potentes. Pero aquí hablamos de un concepto de calidad como todo, es decir, no la calidad típica sino la gestión global en una organización de todos sus servicios. Entonces nos da una aportación de valor muy importante.

Luego está el Modelo ISO, lo llevamos implantado ya más de 15 años. El modelo ISO ha ido evolucionando y cada vez se va pareciendo más al EFQM. La diferencia fundamentalmente en los modelos ISO 9001 de la versión de 2015 es que estos modelos te permiten tener un buen Sistema de Gestión de Procesos, indicadores de gestión de resultados, pero no es un modelo que entre a fondo en la estrategia, y tampoco es un modelo que se oriente a fondo a resultados, más bien está mucho más orientado a procesos y a gestionar bien y a la mejora continua pero no es un modelo que en sí se oriente siempre a obtener resultados en todos los grupos de interés. Esto es algo que en esta versión se ha quedado un poquito corto. Entonces, una organización general que quiere operar a nivel internacional debe tener modelos internacionales como puede ser el Modelo EFQM y las norma ISO.

También implantamos hace en torno a 8 años los diferentes modelos ISO de las normas AENOR, las UNE 158000 que son la 158101 de Residencias, las de Centros de Día, las de Ayuda a Domicilio y la de Teleasistencia. Estas normas de servicio son muy interesantes porque regulan el sistema de calidad dentro de un servicio por lo que son normas muy útiles para la prestación de un servicio y son normas que definen tanto de qué información tienes que darle a un residente antes de incorporarse a un centro, cuál es el proceso de acogida, de valoración y de integración de la persona en la vida del centro y luego establecer qué protocolos tienes que tener de atención y algunos elementos indicadores de mejora. Estas normas UNE son españolas, no son internacionales pero son muy útiles para la prestación de un servicio. Nosotros de alguna manera tenemos en el EFQM integrado todo. Nuestro sistema es integrado de gestión de todo. Y luego está el Sello de Acreditación de la Sociedad Española de

Geriatría y Gerontología, este es un modelo que, de alguna manera, coge los elementos más potentes del EFQM, de las normas UNE, y lo integra en un modelo que está muy orientado a facilitar información a centros y servicios que no dispongan de gabinetes de calidad o gente muy especializada para montar las normas de calidad por su cuenta. En esta norma están acreditados grandes grupos como por ejemplo SANYRES, que está acreditado.

Yo creo que cada uno de los sistemas aportan un valor adicional. Lo más importante en todos ellos, tengas lo que tengas es que tú tienes que tener muy bien definida cuál es la misión de tu organización o de tu servicio, cuáles son los valores de tu servicio, pero que luego seas muy coherente en tu comportamiento y en lo que haces con respecto a eso que tienes definido de misión, visión y valores. Porque de ahí, la diferencia fundamental del sector de servicios sociales, es que tengas el modelo que tenga tú tienes que intentar plantear elementos que sean percibidos por las personas y aquí ya entramos en los temas concretos, ¿qué es bueno de un modelo de calidad? Tener definido la misión, la visión, los objetivos estratégicos, es bueno tener definido porque muchas organizaciones no definen sus objetivos estratégicos. Para mí es importante la calidad y la excelencia, es importante la colaboración con organizaciones ciudadanas, es importante la responsabilidad social, es importante la calidad de la atención a las personas.... Es decir, que tú defines ocho o diez objetivos estratégicos y luego los sistemas de calidad te despliegan acciones para ir avanzando en ello. Entonces a nivel de resultados hay elementos clave que no suelen aplicarse mucho, que no son muy generalizados, como son los sistemas de reconocimiento a los profesionales tanto reconocimiento verbal, escrito...

Yo creo que al final, los Sistemas de Calidad tienen que ser Sistemas de Gestión pero no sólo de calidad, es la gestión de todo desde la estrategia hasta los resultados. Tienen que participar los trabajadores, tienen que validar ellos los instrumentos, tiene que ser un modelo muy participativo. La clave está en tratar bien a la gente, la clave está en que tengas buena gente dirigiendo personas y al final es un trabajo que depende de que cada uno.

La ventaja es tener estos sistemas integrados porque no tiene sentido tener por un lado la calidad, por otro la gestión económica, por otro la responsabilidad social, por el otro

lado la gestión asistencial de un servicio... Todo tiene que estar integrado. Los modelos de calidad ya son modelos de gestión. Entonces ese cambio de chip muy gente no lo tiene.

Entrevistadora: Bajando un poco a la esfera de lo más cercano, a la atención a usuarios, que es donde nos centramos, este tipo de sistemas, todos ellos, como cultura de la calidad e la que me hablaba, ¿qué papel dejan estos sistemas a las personas mayores tanto en el proceso de implantación e incluso en la evaluación? ¿Es un sistema que impone la empresa o la Administración pública en el que ellos participan como receptores o se le concede otro papel más o menos importante?

Entrevistado: En los Sistemas de Calidad tú tienes que integrar además otros Sistemas de Atención. En esto aporta mucho valor la Atención Centrada en la Persona en el cuál ya están estos elementos. Ya no es que permitan que las personas usuarias participen o las familias o que las atiendas, las hagas cosas, sino que tienes que hacer la planificación con ellas, tienes que hacer que el servicio llegue a la individualidad de cada persona. Tienes que hacer que las relaciones entre personal y las personas usuarias o residentes sea una relación muy directa, muy de confianza, muy de trabajo diario pero muy igualitaria. O sea, no se trata de que el profesional esté arriba y la persona usuaria se sitúe abajo, recibiendo, sino que son relaciones igualitarias, y cuando hay una persona con dependencia, esa relación también es igualitaria independientemente de su funcionalidad, pero también con su familiar o su representante legal.

Entrevistadora: En este sentido, ¿estos sistemas les dan suficiente grado de participación? O esto tiene que ir acompañado del aporte que puedan dar los Sistemas de Atención, como el de Atención Centrada en la Persona?

Entrevistado: Los Sistemas de Calidad y de Atención Centrada en la Persona tienen que estar integrados, al final es lo mismo. En un Sistema de Calidad tú tienes un modelo... Por ejemplo, cuando hablamos de principios y valores hay un elemento crítico que es el componente ético. Nosotros tenemos un Comité de Ética Residencial desde hace algunos años, ya que esto es muy importante, porque al final, cuando tú despliegas elementos de componente ético, estás desplegando valores y estás desplegando planteamientos igualitarios entre profesionales y personas usuarias y familias. Yo creo

que tienes que tenerlo integrado pero tienes que basarte en ello. Esto es muy importante porque no tienen sentido tener una buena organización, un buen horario, unos buenos programas y luego hacemos lo mismo con todas las personas, independientemente de su situación. No tiene sentido tener programas de fisioterapia muy especializados y no tener un planteamiento digno en las actividades básicas de la vida diaria, en cuanto a la participación. Yo creo que los profesionales, cuando hay un buen equipo multidisciplinar, los profesionales tienen que pactar esto pero no ellos, determinar los horarios, las pautas, los criterios... Sino hacerlo con las personas usuarias y las familias en una relación mucho más igualitaria, más participativa. Yo creo que eso es un elemento de mejora muy importante en el que tenemos que avanzar. Los profesionales estamos muy en el pedestal, somos los que damos las indicaciones, las pautas...No, debemos estar codo con codo con ellos y luego que ellos tomen decisiones en todos los aspectos de su vida. Es más fácil en unos tipos de recursos que en otros pero hay que hacerlo. Una residencia, aunque sea muy grande tiene que individualizar, tiene que tener pautas de horario flexible, no les queda otra, tienen que hacerlo. Aunque tenga unos esquemas generales no puedes tener el mismo horario para todo el mundo por ejemplo. No tiene sentido, eso está mal planteado. Cuando hablamos de Modelos de Gestión, de Atención, de ética, todo esto debe estar integrado y nos permite organizar mejor, distribuir mejor, organizar carga de trabajo mejor... y todo eso es calidad, todo eso es atención, todo eso es ética.

Entrevistadora: Volviendo a lo que es la aplicación de estos modelos, hemos hablado de los usuarios y de las familias pero, las áreas o departamentos dentro de las residencias, ¿qué papel juegan? ¿Juegan todas las áreas el mismo papel? ¿Deberían? ¿Qué papel se le asigna por ejemplo al área médica, sanitaria, al área psicosocial? ¿Tienen el mismo papel?

Entrevistado: Yo creo que hay que diferenciar por un lado, centros que tengan ya una estructura más grande, con un volumen de profesionales un poquito más grande, por ejemplo, la función de dirección, tienen ahí un director/directora de líder del equipo la función de dirección tiene que estar muy compartida por equipo técnico e incluso con auxiliares. Los auxiliares deberían formar parte del equipo directivo, un representante de auxiliares. Tienen que ser modelos más participativos. Luego cada uno tiene su papel, unos están haciendo unas tareas, otros están haciendo una cosa, otros otra, pero

tiene que tener una visión global de la organización general, una visión general de las personas usuarias y tienen que compartir esa información. Aquí es absolutamente crítico el trabajo transdisciplinar, donde están compartiendo las visiones que tienen ellos y donde orientan el trabajo a mejorar la calidad de vida de la persona mayor. Cada uno tiene su papel en cuanto a la ejecución de su actividad y de su profesión pero en cuanto al Plan de Atención global, por ejemplo, en cuanto a los modelos de evaluación, tienen que hacerlo en conjunto y tienen que aprender unos profesionales de otros. Es un error tener departamentos estanco donde cada uno hace lo suyo porque la persona mayor es global, no es que tenga un problema sanitario, psicológico o social, es una sola persona, y el enfoque de estos profesionales debe ser un enfoque integral a través de la aportación de diferentes profesionales.

Los modelos de atención están evolucionando a tener una visión integral de la persona, una atención muy individual y establecer un plan de atención y cuidados donde decida la propia persona y su familiar o representante legal qué tipo de vida quiere tener.

Entrevistadora: Todo este cambio de paradigma del que me habla requiere de cierta formación ¿no?

Entrevistado: Correcto.

Entrevistadora: ¿Y todos estos Sistemas de Gestión de la Calidad llevan consigo un plan de formación específica dirigido a todo el personal?

Entrevistado: Lo contemplan pero muy de lado. El Sistema de Calidad no establece criterios obligatorios de intensidad de formación o tipo de formación pero sí establecen pautas generales de la formación. Hay que pensar que en formación hay dos tipos de formación: una que es la formación habitual de los Planes de Atención Generales y otra, que es la más importante, que es la formación interna donde los propios profesionales se forman entre ellos. Hay que pensar que la formación externa, de gente que viene de fuera es importante, pero es mucho más relevante la formación interna que se puede dar dentro del propio equipo profesional, de apoyo y de pautas y de visión común. Entonces, hay que perfilar ambos tipos de formación. No puedes implantar un modelo de cambio de paradigma en los Sistemas de Atención Centrada en la persona, por ejemplo, o en los temas de ética si primero no haces una formación para explicarle a la

gente lo que es, qué sentido tiene. Porque claro, si yo voy a perder poder como profesional y tengo que compartir ese poder con mucha gente, incluso de formación muy inferior a la mía o con una persona usuaria o con una familia, tendré que entender el modelo y tendré que entender que aquí lo más importante no soy yo como profesional, es la persona usuaria y la familia, que la razón de que todos estemos ahí es ella. Y eso tardas un tiempo. Desde que explicas eso hasta que la gente le entra en la cabeza son 6 meses y luego implicas a la gente en el proceso de cambio, y ese proceso de cambio hay que hacerlo con la gente. No es implantar un modelo, un protocolo o un plan de calidad y ya está, no, es hacerlo con la gente. Porque cuando cambias el chip de este componente el día a día cambia radicalmente, a mejor, tanto para profesionales como para personas usuarias y familiares.

Entrevistadora: A eso también quería referirme, ¿considera que la implantación de esos sistemas se traduce en una mejora efectiva de la calidad en los centros?

Entrevistado: Mira, nosotros lo tenemos bastante demostrado porque tenemos una tabla de indicadores que llamamos cuadro de mandos integral y cuadro de mandos asistenciales en los servicios. Tenemos una batería, que en total pueden ser más de 150 indicadores, que vemos en un informe anual, y tenemos muy medido desde que hemos empezado, estos ocho o diez años de gestión pues por ejemplo, estamos en tasas de satisfacción de trabajadores de un 85%. Empezamos con un 60, 65%.

Entrevistadora: Todos los sistemas plantean alguna evaluación del propio sistema, tanto de evaluación más interna, otros más externa, otros de tipo mixta...¿Cómo valora la evaluación de estos sistemas?

Entrevistado: Los sistemas más potentes como te decía, como el EFQM es un sistema que ya establece que tienes que medir: satisfacción de cliente contractual, satisfacción de personas usuarias, satisfacción de familiares, satisfacción de trabajadores, satisfacción de proveedores, tienes que medir la percepción de la sociedad con respecto a lo que haces y tienes que medir los resultados asistenciales de caídas, de adaptación, de úlceras... Todos los datos asistenciales, tienes que hacer una batería de medición. Cuando vas obteniendo los resultados, que suelen ser mes a mes, las encuestas de satisfacción suelen ser anuales, planteas unos objetivos o estándares y ya vas planteando

elementos de mejora por cada indicador y eso al final lo que haces es un sistema de evaluación.

Entrevistadora: Con respecto a la implantación propiamente, a efectos más prácticos, esta implantación imagino que supone un coste, ¿cómo cree que se traduce para las entidades u organizaciones, como un coste o como una inversión?

Entrevistado: Aquí claramente es una inversión a largo plazo. Es decir, hay elementos que te implican el coste, si yo tengo que prestar servicios tengo que contratar personal y les tengo que pagar y eso tiene un coste. Pero si trato bien a la gente y funciono bien con la gente estoy invirtiendo en las personas para que al final el cliente esté más contento, el servicio funcione bien para que incluso yo tenga mayor rentabilidad y mayor calidad comercial. Entonces al final los resultados que obtienes con el Sistema de Gestión que tiene un coste, al final es inversión en estrategia y en medio y largo plazo. Yo creo que la calidad tiene una mentalidad muy diferente en general al resto de sistemas, porque para la calidad los elementos importantes son la mejora, para la calidad un problema es una oportunidad de mejora. Y la calidad siempre tiene lenguajes positivos en la forma de hablar con la gente. Con lo cual yo creo que es algo que te permite avanzar, te permite mejorar. Hoy en día o eres bueno y barato o no existes. Pero tienes que ser bueno, tienes que tener unos precios razonables para poder competir. Nadie puede competir siendo mediocre, siendo regular.

Entrevistadora: Una parte importante de la calidad está relacionada con el marketing y la publicidad, ¿los Sistemas de Gestión son vistos como una forma de mejorar su visión de cara a la elección de centros por parte de potenciales residentes?

Entrevistado: Yo creo que es bueno comunicar lo que haces, es decir, no es bueno mentir, o decir que eres lo que no eres, pero es muy importante comunicar lo que haces, que lo sepa la gente, que lo sepa tu equipo, que lo sepan los clientes, que lo sepa la sociedad. Esto es algo muy importante. En el modelo de calidad, uno de los temas clave son temas de liderazgo y de comunicación que van muy pegados. Y tú tienes que comunicarlo, porque esto es muy importante, visibilizarlo. Por ejemplo nosotros entregamos premios a los profesionales y les entregamos cartas de felicitaciones a los trabajadores.

Cuando hablamos de que es bueno comunicarlo, es bueno visibilizar positivamente la importancia de los profesionales y la importancia de los modelos y la importancia de los servicios en la sociedad y a los clientes y a todo el mundo y a los trabajadores. Esto es muy importante, es un aliado del marketing, las redes sociales, las páginas web, pero tienes que enseñarlo. Hay que hablar de las cosas buenas, del talento de la gente. Gratificar y reconocer el trabajo de la gente. Esto es un Sistema de Calidad.

Entrevistadora: En cuanto a la situación de la implantación de los modelos aquí en España, ¿cómo lo ve? ¿lo ve como una implantación mayoritaria o como todavía algo residual? Me refiero a las grandes corporaciones como la suya como pequeñas empresas con una sola residencia o incluso cooperativas de trabajadores y todas las fórmulas que tenemos en España de Residencias de Personas Mayores.

Entrevistado: Aquí yo creo que, en cuanto a grandes compañías es universal la aplicación de diferentes Modelos de Calidad. Y lo que son en compañías pequeñas, que suelen pertenecer a federaciones empresariales, yo creo que ya más de la mitad en España tienen modelos certificados, muchísimas. O sea, que es mucho más amplio. No todos lo pueden llegar a tener y por eso creamos en la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología el sistema de acreditación para intentar facilitar a esas entidades un sistema que les aporte información, que les sea útil y que les sea lo más barato posible, pero yo creo que de las pequeñas más de la mitad lo tienen, de las medianas más del 80% y de las grandes tienen ya el 100% y creen en ellos (en los sistemas de gestión de la calidad) y que son importantes para las organizaciones.

ANEXO 5

ESTADÍSTICOS CUESTIONARIO CALCERIS001: MEDIDAS DE DISPERSIÓN Y CORRELACIÓN

Medias

Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|-------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-------|------------|
| | Incluidos | | Excluidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Peso del área sanitaria | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Peso área psicosocial | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Peso área dirección | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Peso área gerencia | 58 | 89,2% | 7 | 10,8% | 65 | 100,0% |
| Peso del área médica | 61 | 93,8% | 4 | 6,2% | 65 | 100,0% |

Informe

| | Peso del área sanitaria | Peso área psicosocial | Peso área dirección | Peso área gerencia | Peso del área médica |
|------------|-------------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|----------------------|
| Media | 4,19 | 4,00 | 4,21 | 3,91 | 3,79 |
| N | 62 | 62 | 62 | 58 | 61 |
| Desv. típ. | ,972 | ,941 | ,926 | 1,048 | 1,213 |

EXAMINE VARIABLES=CV012 CV013 CV014 CV015 CV016

/COMPARE VARIABLE

/PLOT=BOXPLOT

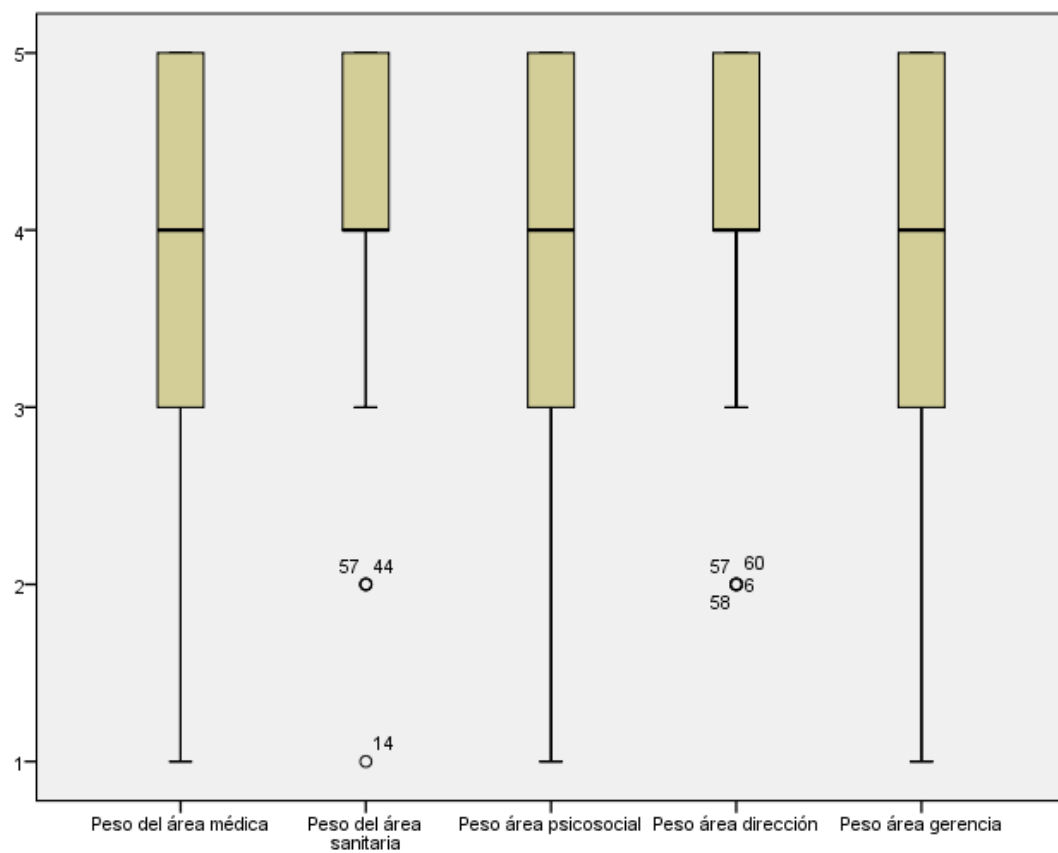
/STATISTICS=NONE

/NOTOTAL

/MISSING=PAIRWISE.

Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|-------------------------|---------|------------|----------|------------|-------|------------|
| | Válidos | | Perdidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Peso del área médica | 61 | 93,8% | 4 | 6,2% | 65 | 100,0% |
| Peso del área sanitaria | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Peso área psicosocial | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Peso área dirección | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Peso área gerencia | 58 | 89,2% | 7 | 10,8% | 65 | 100,0% |



CORRELATIONS

/VARIABLES=CV004.1 CV009 CV010

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Medias

Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|---|-----------|------------|-----------|------------|-------|------------|
| | Incluidos | | Excluidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | 64 | 98,5% | 1 | 1,5% | 65 | 100,0% |
| Cómo mide la calidad: de forma transversal | 64 | 98,5% | 1 | 1,5% | 65 | 100,0% |
| Cómo mide la calidad: certificación AENOR | 64 | 98,5% | 1 | 1,5% | 65 | 100,0% |
| Cómo mide la calidad: solo a petición entidad pública | 64 | 98,5% | 1 | 1,5% | 65 | 100,0% |
| Cómo mide la calidad: no mide calidad | 64 | 98,5% | 1 | 1,5% | 65 | 100,0% |

Informe

| | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Cómo mide la calidad: de forma transversal | Cómo mide la calidad: certificación AENOR | Cómo mide la calidad: solo a petición entidad pública | Cómo mide la calidad: no mide calidad |
|------------|---|--|---|---|---------------------------------------|
| Media | ,69 | ,28 | ,36 | ,06 | ,08 |
| N | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 |
| Desv. típ. | ,467 | ,453 | ,484 | ,244 | ,270 |

EXAMINE VARIABLES=CV008.1 CV008.2 CV008.3 CV008.4 CV008.5 CV008.6

/COMPARE VARIABLE

/PLOT=BOXPLOT

/STATISTICS=NONE

/NOTOTAL

/MISSING=PAIRWISE.

Explorar

MEANS TABLES=CV002.1 CV002.2 CV002.3 CV002.4

/CELLS MEAN COUNT STDDEV.

Medias

Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|---------------------|-----------|------------|-----------|------------|-------|------------|
| | Incluidos | | Excluidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Titularidad publica | 64 | 98,5% | 1 | 1,5% | 65 | 100,0% |
| Titularidad privada | 64 | 98,5% | 1 | 1,5% | 65 | 100,0% |
| Concertada | 64 | 98,5% | 1 | 1,5% | 65 | 100,0% |
| Otro | 64 | 98,5% | 1 | 1,5% | 65 | 100,0% |

Informe

| | Titularidad publica | Titularidad privada | Concertada | Otro |
|------------|---------------------|---------------------|------------|------|
| Media | ,19 | ,55 | ,20 | ,06 |
| N | 64 | 64 | 64 | 64 |
| Desv. típ. | ,393 | ,502 | ,406 | ,244 |

MEANS TABLES=CV006.1 CV006.2 CV006.3 CV006.4 CV006.5 CV006.6 CV006.7 CV006.8
CV006.9 CV006.10

/CELLS MEAN COUNT STDDEV.

Medias

Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|--|-----------|------------|-----------|------------|-------|------------|
| | Incluidos | | Excluidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Elementos mejora: planificar intervención | 59 | 90,8% | 6 | 9,2% | 65 | 100,0% |
| Elementos mejora: supone ahorro económico | 59 | 90,8% | 6 | 9,2% | 65 | 100,0% |
| Elementos mejora: prevé posibles fallos | 59 | 90,8% | 6 | 9,2% | 65 | 100,0% |
| Elementos mejora: corrige posibles fallos | 59 | 90,8% | 6 | 9,2% | 65 | 100,0% |
| Elementos mejora: permite evaluar intervención | 59 | 90,8% | 6 | 9,2% | 65 | 100,0% |
| Elementos mejora: genera pautas para mejora | 59 | 90,8% | 6 | 9,2% | 65 | 100,0% |

| | | | | | | |
|--|----|-------|---|-------|----|--------|
| Elementos mejora: ayuda a coordinación del personal | 59 | 90,8% | 6 | 9,2% | 65 | 100,0% |
| Elementos mejora: supone gasto importante para entidad | 59 | 90,8% | 6 | 9,2% | 65 | 100,0% |
| Elementos mejora: tenerlo implantado supone aumento clientes | 58 | 89,2% | 7 | 10,8% | 65 | 100,0% |
| Otro | 58 | 89,2% | 7 | 10,8% | 65 | 100,0% |

Informe

| | Elementos mejora: planificar intervención | Elementos mejora: supone ahorro económico | Elementos mejora: prevé posibles fallos | Elementos mejora: corrige posibles fallos | Elementos mejora: permite evaluar intervención |
|------------|---|---|---|---|--|
| Media | ,76 | ,19 | ,68 | ,58 | ,78 |
| N | 59 | 59 | 59 | 59 | 59 |
| Desv. típ. | ,429 | ,393 | ,471 | ,498 | ,418 |

Informe

| | Elementos mejora: genera pautas para mejora | Elementos mejora: ayuda a coordinación del personal | Elementos mejora: supone gasto importante para entidad | Elementos mejora: tenerlo implantado supone aumento clientes | Otro |
|------------|---|---|--|--|------|
| Media | ,66 | ,80 | ,07 | ,38 | ,05 |
| N | 59 | 59 | 59 | 58 | 58 |
| Desv. típ. | ,477 | ,406 | ,254 | ,489 | ,223 |

MEANS TABLES=CV008.1 CV008.2 CV008.3 CV008.5 CV008.4 CV008.6

/CELLS MEAN COUNT STDDEV.

Medias

Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|--|-----------|------------|-----------|------------|-------|------------|
| | Incluidos | | Excluidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Áreas implicadas en puesta en marcha y evaluación: médica | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Áreas implicadas en puesta en marcha y evaluación: sanitaria | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Áreas implicadas en puesta en marcha y evaluación: psicosocial | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Áreas implicadas en puesta en marcha y evaluación: gerencia | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Áreas implicadas en puesta en marcha y evaluación: dirección | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Áreas implicadas en puesta en marcha y evaluación: otro | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |

Informe

| | Áreas implicadas en puesta en marcha y evaluación: médica | Áreas implicadas en puesta en marcha y evaluación: sanitaria | Áreas implicadas en puesta en marcha y evaluación: psicosocial | Áreas implicadas en puesta en marcha y evaluación: gerencia | Áreas implicadas en puesta en marcha y evaluación: dirección |
|---------------|---|--|--|---|--|
| Media | ,73 | ,84 | ,81 | ,53 | ,87 |
| N | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |
| Desv. típ. | ,450 | ,371 | ,398 | ,503 | ,338 |

Informe

| | Áreas implicadas en puesta en marcha y evaluación: otro |
|------------|---|
| Media | ,16 |
| N | 62 |
| Desv. típ. | ,371 |

MEANS TABLES=CV017.1 CV017.2 CV017.3 CV017.5 CV017.4 CV017.7 CV017.6 CV017.9
CV017.8 CV017.10 CV017.12 CV017.11 CV017.13 CV017.14 CV017.15 CV017.16 CV017.17
CV017.18 CV017.19 CV017.20 CV017.21 CV017.22

/CELLS MEAN COUNT STDDEV.

Medias

Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|--|-----------|------------|-----------|------------|-------|------------|
| | Incluidos | | Excluidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestión Calidad: Accidentes | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Comportamiento y habilidades emocionales | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Gestión clínica | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Eliminación/ incontinencia | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Habilidades cognitivas | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Nutrición/ Alimentación | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Control de infecciones | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Funciones físicas | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Manejo del dolor | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |

| | | | | | | |
|---|----|-------|---|------|----|--------|
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Uso de fármacos y psicotrópicos | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Cuidado de la piel | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |

Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|--|-----------|------------|-----------|------------|-------|------------|
| | Incluidos | | Excluidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Calidad de vida | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Competencias emocionales del personal | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Competencias técnicas del personal | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Condiciones arquitectónicas | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Condiciones del material | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Relaciones interpersonales de residentes | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |

| | | | | | | |
|--|----|-------|---|------|----|--------|
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Necesidades educativas de residentes | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Programa de atención a familias | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Evaluación de programas para el mantenimiento y mejora de la autonomía | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |

Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|---|-----------|------------|-----------|------------|-------|------------|
| | Incluidos | | Excluidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Evaluación de la satisfacción del residente | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Otro | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |

Informe

| | Aspectos calidad mide su Sistema Gestión Calidad: Accidentes | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Comportamiento y habilidades emocionales | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Gestión clínica | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Eliminación/ incontinencia | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Habilidades cognitivas |
|------------|---|---|--|--|--|
| Media | ,60 | ,48 | ,74 | ,68 | ,56 |
| N | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |
| Desv. típ. | ,495 | ,504 | ,441 | ,471 | ,500 |

Informe

| | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Nutrición/ Alimentación | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Control de infecciones | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Funciones físicas | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Manejo del dolor | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Uso de fármacos y psicotrópicos |
|------------|---|--|--|---|---|
| Media | ,77 | ,69 | ,61 | ,48 | ,79 |
| N | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |
| Desv. típ. | ,422 | ,465 | ,491 | ,504 | ,517 |

Informe

| | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Cuidado de la piel | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Calidad de vida | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Competencias emocionales del personal | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Competencias técnicas del personal | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Condiciones arquitectónicas |
|------------|--|--|--|---|---|
| Media | ,65 | ,71 | ,34 | ,85 | ,58 |
| N | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |
| Desv. típ. | ,482 | ,458 | ,477 | 1,389 | ,497 |

Informe

| | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Condiciones del material | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Relaciones interpersonales de residentes | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Necesidades educativas de residentes | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Programa de atención a familias | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Evaluación de programas para el mantenimiento y mejora de la autonomía |
|------------|--|--|--|---|--|
| Media | ,55 | ,52 | ,32 | ,61 | ,65 |
| N | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |
| Desv. típ. | ,502 | ,504 | ,471 | ,491 | ,482 |

Informe

| | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Evaluación de la satisfacción del residente | Aspectos calidad mide su Sistema Gestion Calidad: Otro |
|------------|--|---|
| Media | ,82 | ,05 |
| N | 62 | 62 |
| Desv. típ. | ,385 | ,216 |

MEANS TABLES=CV023.1 CV023.2 CV023.3 CV023.4 CV023.5 CV023.6 CV023.7

/CELLS MEAN COUNT STDDEV.

Medias

Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|--|-----------|------------|-----------|------------|-------|------------|
| | Incluidos | | Excluidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Áreas que han recibido formación: gerencia | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Áreas que han recibido formación: dirección | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Áreas que han recibido formación: psicosocial | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Áreas que han recibido formación: médica | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Áreas que han recibido formación: sanitaria | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Áreas que han recibido formación: ningún profesional | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |
| Áreas que han recibido formación: otro | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% | 65 | 100,0% |

Informe

| | Áreas que han recibido formación: gerencia | Áreas que han recibido formación: dirección | Áreas que han recibido formación: psicosocial | Áreas que han recibido formación: médica | Áreas que han recibido formación: sanitaria |
|------------|--|---|---|--|---|
| Media | ,55 | ,79 | ,55 | ,52 | ,61 |
| N | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |
| Desv. típ. | ,502 | ,410 | ,502 | ,504 | ,491 |

Informe

| | Áreas que han recibido formación: ningún profesional | Áreas que han recibido formación: otro |
|------------|---|--|
| Media | ,08 | ,11 |
| N | 62 | 62 |
| Desv. típ. | ,275 | ,319 |

CORRELATIONS

/VARIABLES=CV004.1 CV024

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

CORRELACIONES

Correlaciones

| | | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Participación del mayor en la puesta en marcha |
|---|------------------------|---|---|
| Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Correlación de Pearson | 1 | ,161 |
| | Sig. (bilateral) | | ,214 |
| | N | 64 | 61 |
| Participación del mayor en la puesta en marcha | Correlación de Pearson | ,161 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,214 | |
| | N | 61 | 61 |
| Participación del mayor en la evaluación de la Calidad | Correlación de Pearson | ,082 | ,646** |
| | Sig. (bilateral) | ,536 | ,000 |
| | N | 59 | 58 |

Correlaciones

| | | Participación del mayor en la evaluación de la Calidad |
|--|------------------------|--|
| Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Correlación de Pearson | ,082 |
| | Sig. (bilateral) | ,536 |
| | N | 59 |
| Participación del mayor en la puesta en marcha | Correlación de Pearson | ,646 |
| | Sig. (bilateral) | ,000 |
| | N | 58 |
| Participación del mayor en la evaluación de la Calidad | Correlación de Pearson | 1 |
| | Sig. (bilateral) | |
| | N | 59 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

NONPAR CORR

/VARIABLES=CV004.1 CV009 CV010

/PRINT=KENDALL TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones no paramétricas

Correlaciones

| | | | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad |
|------------------|--|----------------------------|---|
| Tau_b de Kendall | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | . |
| | | N | 64 |
| | Participación del mayor en la puesta en marcha | Coeficiente de correlación | ,148 |
| | | Sig. (bilateral) | ,203 |
| | | N | 61 |
| | Participación del mayor en la evaluación de la Calidad | Coeficiente de correlación | ,089 |
| | | Sig. (bilateral) | ,458 |
| | | N | 59 |

Correlaciones

| | | | Participación del mayor en la puesta en marcha |
|------------------|---|----------------------------|--|
| Tau_b de Kendall | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Coeficiente de correlación | ,148 |
| | | Sig. (bilateral) | ,203 |
| | | N | 61 |
| | Participación del mayor en la puesta en marcha | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | . |
| | | N | 61 |

| | | |
|--|----------------------------|------|
| | Coeficiente de correlación | ,590 |
| Participación del mayor en la evaluación de la Calidad | Sig. (bilateral) | ,000 |
| | N | 58 |

Correlaciones

| | | Participación del mayor en la evaluación de la Calidad |
|------------------|----------------------------|--|
| | Coeficiente de correlación | ,089 |
| | Sig. (bilateral) | ,458 |
| | N | 59 |
| Tau_b de Kendall | Coeficiente de correlación | ,590 |
| | Sig. (bilateral) | ,000 |
| | N | 58 |
| | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | Sig. (bilateral) | . |
| | N | 59 |

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

CORRELATIONS

/VARIABLES=CV004.1 CV019

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones

| | | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Generación pautas de mejora |
|--|------------------------|---|--------------------------------|
| Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Correlación de Pearson | 1 | ,102 |
| | Sig. (bilateral) | | ,433 |
| | N | 64 | 61 |
| Generación pautas de mejora | Correlación de Pearson | ,102 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,433 | |
| | N | 61 | 61 |

NONPAR CORR

/VARIABLES=CV004.1 CV019

/PRINT=KENDALL TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones no paramétricas

Correlaciones

| | | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad |
|--------------------------------|--|---|
| Tau_b de Kendall | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Sig. (bilateral) |
| | N | 64 |
| Generación pautas de mejora | Coeficiente de correlación | ,075 |
| | Sig. (bilateral) | ,556 |
| | N | 61 |

Correlaciones

| | | Generación pautas de mejora |
|------------------|---|-----------------------------|
| Tau_b de Kendall | Coeficiente de correlación | ,075 |
| | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | |
| | Sig. (bilateral) | ,556 |
| | N | 61 |
| | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | Generación pautas de mejora | |
| | Sig. (bilateral) | . |
| | N | 61 |

CORRELATIONS

/VARIABLES=CV004.1 CV022

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones

Correlaciones

| | | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Costes igual a mejora efectiva |
|---|------------------------|---|--------------------------------|
| Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Correlación de Pearson | 1 | -,369** |
| | Sig. (bilateral) | | ,004 |
| | N | 64 | 58 |
| Costes igual a mejora efectiva | Correlación de Pearson | -,369** | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,004 | |
| | N | 58 | 58 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

NONPAR CORR

/VARIABLES=CV004.1 CV022

/PRINT=KENDALL TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones no paramétricas

Correlaciones

| | | | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad |
|------------------|---|----------------------------|---|
| Tau_b de Kendall | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | . |
| | | N | 64 |
| | Costes igual a mejora efectiva | Coeficiente de correlación | -,366** |
| | | Sig. (bilateral) | ,005 |
| | | N | 58 |

Correlaciones

| | | | Costes igual a mejora efectiva |
|------------------|---|----------------------------|--------------------------------|
| Tau_b de Kendall | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Coeficiente de correlación | -,366 |
| | | Sig. (bilateral) | ,005 |
| | | N | 58 |
| | Costes igual a mejora efectiva | Coeficiente de correlación | 1,000** |
| | | Sig. (bilateral) | . |
| | | N | 58 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

CORRELATIONS

/VARIABLES=CV004.1 CV010

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones

| | | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Participación del mayor en la evaluación de la Calidad |
|---|------------------------|---|--|
| Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Correlación de Pearson | 1 | ,082 |
| | Sig. (bilateral) | | ,536 |
| | N | 64 | 59 |
| Participación del mayor en la evaluación de la Calidad | Correlación de Pearson | ,082 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,536 | |
| | N | 59 | 59 |

NONPAR CORR

/VARIABLES=CV004.1 CV010

/PRINT=KENDALL TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones no paramétricas

Correlaciones

| | | | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad |
|------------------|---|----------------------------|---|
| Tau_b de Kendall | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | . |
| | | N | 64 |
| | Participación del mayor en la evaluación de la Calidad | Coeficiente de correlación | ,089 |
| | | Sig. (bilateral) | ,458 |
| | | N | 59 |

Correlaciones

| | | | Participación del mayor en la evaluación de la Calidad |
|------------------|---|----------------------------|---|
| Tau_b de Kendall | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Coeficiente de correlación | ,089 |
| | | Sig. (bilateral) | ,458 |
| | | N | 59 |
| | Participación del mayor en la evaluación de la Calidad | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | . |
| | | N | 59 |

MEANS TABLES=CV004.1 CV004.2 CV004.3 CV004.4 CV004.5

/CELLS MEAN COUNT STDDEV.

Correlaciones

Correlaciones

| | | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Calificación de la formación |
|--|------------------------|---|---------------------------------|
| Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Correlación de Pearson | 1 | -,163 |
| | Sig. (bilateral) | | ,213 |
| | N | 64 | 60 |
| Calificación de la formación | Correlación de Pearson | -,163 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,213 | |
| | N | 60 | 60 |

Correlaciones no paramétricas

Correlaciones

| | | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad |
|------------------------------|--|---|
| Tau_b de Kendall | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | |
| | Sig. (bilateral) | . |
| | N | 64 |
| | Coeficiente de correlación | -,143 |
| Calificación de la formación | Sig. (bilateral) | ,232 |
| | N | 60 |

Correlaciones

| | | | Calificación de la formación |
|------------------|--|----------------------------|------------------------------|
| Tau_b de Kendall | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Coeficiente de correlación | -,143 |
| | | Sig. (bilateral) | ,232 |
| | | N | 60 |
| | Calificación de la formación | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | . |
| | | N | 60 |

CORRELATIONS

/VARIABLES=CV004.1 CV009

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones

Correlaciones

| | | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Participación del mayor en la puesta en marcha |
|--|------------------------|---|---|
| Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | Correlación de Pearson | 1 | ,161 |
| | Sig. (bilateral) | | ,214 |
| | N | 64 | 61 |
| Participación del mayor en la puesta en marcha | Correlación de Pearson | ,161 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,214 | |
| | N | 61 | 61 |

NONPAR CORR

/VARIABLES=CV004.1 CV009

/PRINT=KENDALL TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones no paramétricas

Correlaciones

| | | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad |
|------------------|--|---|
| Tau_b de Kendall | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | |
| | Sig. (bilateral) | . |
| | N | 64 |
| | Coeficiente de correlación | ,148 |
| | Participación del mayor en la puesta en marcha | |
| | Sig. (bilateral) | ,203 |
| | N | 61 |

Correlaciones

| | | Participación del mayor en la puesta en marcha |
|------------------|--|---|
| Tau_b de Kendall | Coeficiente de correlación | ,148 |
| | Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad | |
| | Sig. (bilateral) | ,203 |
| | N | 61 |
| | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | Participación del mayor en la puesta en marcha | |
| | Sig. (bilateral) | . |
| | N | 61 |

CORRELATIONS

/VARIABLES=CV004.4 CV022

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones

Correlaciones

| | | Cómo mide la calidad: solo a petición entidad pública | Costes igual a mejora efectiva |
|--|------------------------|---|-----------------------------------|
| Cómo mide la calidad: solo a petición entidad pública | Correlación de Pearson | 1 | ,163 |
| | Sig. (bilateral) | | ,223 |
| | N | 64 | 58 |
| Costes igual a mejora efectiva | Correlación de Pearson | ,163 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,223 | |
| | N | 58 | 58 |

NONPAR CORR

/VARIABLES=CV004.4 CV022

/PRINT=KENDALL TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones no paramétricas

Correlaciones

| | | | Cómo mide la calidad: solo a petición entidad pública |
|------------------|--|----------------------------|---|
| Tau_b de Kendall | Cómo mide la calidad: solo a petición entidad pública | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | . |
| | | N | 64 |
| | Costes igual a mejora efectiva | Coeficiente de correlación | ,161 |
| | | Sig. (bilateral) | ,213 |
| | | N | 58 |

Correlaciones

| | | | Costes igual a mejora efectiva |
|------------------|--|----------------------------|-----------------------------------|
| Tau_b de Kendall | Cómo mide la calidad: solo a petición entidad pública | Coeficiente de correlación | ,161 |
| | | Sig. (bilateral) | ,213 |
| | | N | 58 |
| | Costes igual a mejora efectiva | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | . |
| | | N | 58 |

CORRELATIONS

/VARIABLES=CV004.4 CV024

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones

Correlaciones

| | | Cómo mide la calidad: solo a petición entidad pública | Calificación de la formación |
|--|------------------------|---|---------------------------------|
| Cómo mide la calidad: solo a petición entidad pública | Correlación de Pearson | 1 | ,098 |
| | Sig. (bilateral) | | ,455 |
| | N | 64 | 60 |
| Calificación de la formación | Correlación de Pearson | ,098 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,455 | |
| | N | 60 | 60 |

NONPAR CORR

/VARIABLES=CV004.4 CV024

/PRINT=KENDALL TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones no paramétricas

Correlaciones

| | | Cómo mide la calidad: solo a petición entidad pública |
|------------------|--|---|
| Tau_b de Kendall | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | Cómo mide la calidad: solo a petición entidad pública | |
| | Sig. (bilateral) | . |
| | N | 64 |
| | Coeficiente de correlación | ,097 |
| | Calificación de la formación | |
| | Sig. (bilateral) | ,420 |
| | N | 60 |

Correlaciones

| | | | Calificación de la formación |
|------------------|---|----------------------------|------------------------------|
| Tau_b de Kendall | | Coeficiente de correlación | ,097 |
| | Cómo mide la calidad: solo a petición entidad pública | Sig. (bilateral) | ,420 |
| | | N | 60 |
| | | Coeficiente de correlación | 1,000 |
| | Calificación de la formación | Sig. (bilateral) | . |
| | | N | 60 |